



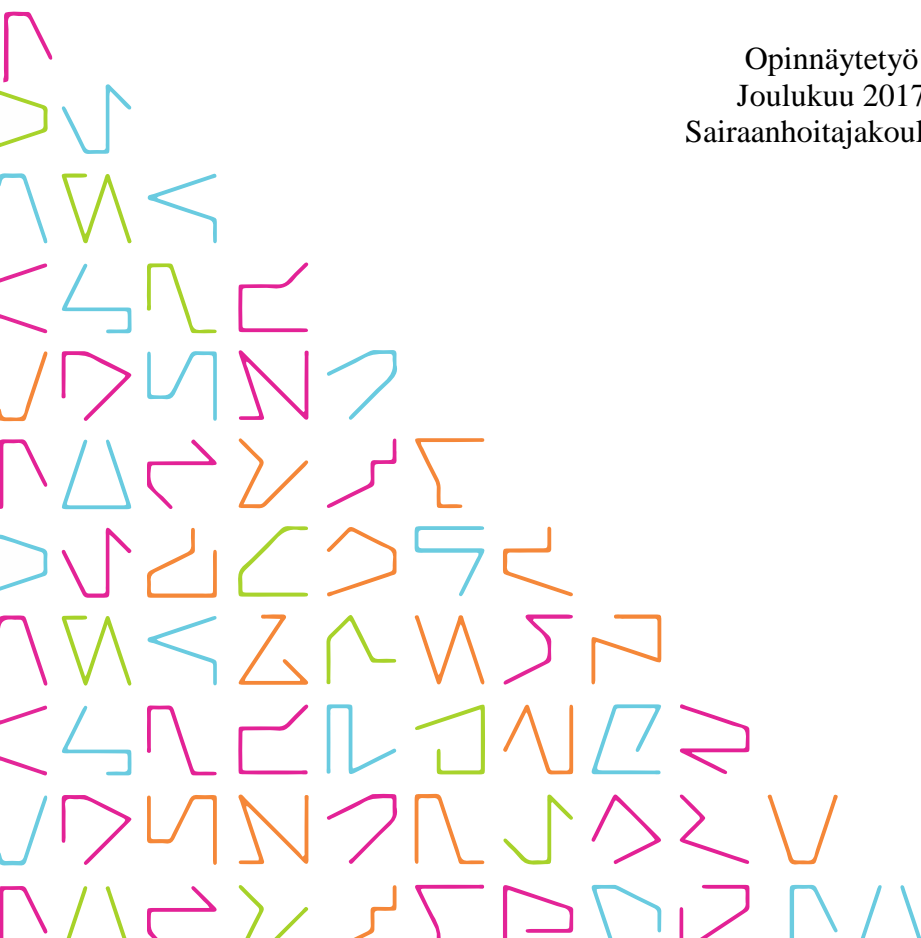
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaan konservatiivisesta hoidosta

Saana Salminen

Johanna Sirén

Opinnäytetyö
Joulukuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

SALMINEN, SAANA & SIRÉN, JOHANNA:

Sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaan konservatiivisesta hoidosta.

Opinnäytetyö 80 sivua, joista liitteitä 14 sivua
Joulukuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaiden hyvästä konservatiivisesta hoidosta, konservatiiviseen hoitoon liittyvistä haasteista sekä koulutustarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sairaanhoitajille ajankohtaista tietoa selkäydinvammapotilaiden kuntoutumista tukevan hoitotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli yksi Suomen sairaanhoitopiireistä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Aineiston kerättiin haastatteleamalla kolmen eri osaston sairaanhoitajia, jotka valikoituivat osastonhoitajien toimesta. Tarkoituksena oli kartoittaa selkäydinvammapotilaan hoitopolku akuuttihoidosta aina kuntoutukseen asti. Aineisto analysoitiin laadullisella aineistolähtöisellä analyysillä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella selkäydinvammapotilaiden hyvä konservatiivinen hoito koostui kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä toimivasta työyhteisöstä. Tuloksista kävi myös ilmi, että konservatiiviseen hoitoon liittyvät haasteet ovat hoitajan ja potilaan väliseen kommunikointiin liittyviä, hoitajasta tai potilaasta johtuvia sekä kokonaisvaltaiseen hoitoon ja työn kuormittavuuteen liittyviä. Koulutusta tulosten perustella kaivattiin sairaanhoitajien psyykkiseen jaksamiseen sekä käytännön taitoihin. Käytännön taitoihin liittyvä koulutustarve vaihteli riippuen siitä, oliko kyseessä akuuttihoitoon vain kuntoutukseen erikoistunut yksikkö.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää selkäydinvammapotilaiden konservatiivisen hoitotyön parantamiseen hoitopolun eri vaiheissa. On tärkeää, että ohjeistukset konservatiivisen hoidon osalta olisivat yhtenäisiä ja hoidon toteutus olisi tasalaatuista hoitajasta riippumatta. Sairaanhoitajat korostivat haastatteluissa selkäydinvammapotilaiden hoidon olevan psyykkisesti raskasta, joten psyykkiseen jaksamiseen tulisi jatkossa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.

Asiasanat: Selkäydinvammapotilas, konservatiivinen hoito, hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

SALMINEN SAANA & SIRÉN JOHANNA:

Nurses' Experiences of Successful Conservative Care with Spinal Cord Injury Patients.

Bachelor's thesis 80 pages, appendices 14 pages
December 2017

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of spinal cord injury patients and their successful conservative care, and the skills related to conservative care. The tasks were to explain what good conservative care is, challenges and areas that require training. The study was qualitative by nature. The data were collected from seven nurses through theme interviews as a group and individual interview in three different wards. The data were analyzed using a qualitative content analysis method.

The result show that the level of conservative care depended on acute and rehabilitation care. The majority of nurses describes spinal cord injury patients to be burdened and the most challenging part of nursing is to cope mentally. They hoped some support to that. The Nurses emphasized the importance of multi-professional nursing and good working community.

The findings indicate that the wards need consistent instructions for spinal cord injury patients' conservative care in order to ensure uniform quality. Also, the nurses mental coping must be noticed and supported in the future.

.

Key words: spinal cord injury patient, caring, conservative care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
	3.1. Selkäydin	8
	3.2. Selkäydinvammat.....	10
	3.3. Selkäydinvammapotilaan konservatiivinen hoito	11
	3.3.1 Hengitysvajauksen hoito	12
	3.3.2 Asentohoito	15
	3.3.3 Ravitsemus	16
	3.3.4 Virtsaaminen ja vatsan toiminta.....	18
	3.3.5 Lääkkeetön kivunhoito.....	21
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
	4.1. Laadullinen tutkimus	26
	4.2. Aineiston keruu.....	27
	4.3. Aineiston analyysi.....	28
5	TULOKSET	32
	5.1. Sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaista on selkäydinvammapotilaiden hyvä konservatiivinen hoito.....	32
	5.2. Osa-alueet jotka sairaanhoitajat kokevat haastaviksi konservatiivisessa hoitotyössä.	36
	5.3. Konservatiiviseen hoitoon liittyvä koulutustarve	41
6	POHDINTA.....	44
	6.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	44
	6.2. Tulosten tarkastelua	46
	6.3. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	57
	6.4. Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	59
	LÄHTEET.....	61
	LIITTEET	67
	Liite 1. ASIA Impairment Scale, AIS.	67
	Liite 2. Haastateltavien tietoinen suostumus -lomake.....	69
	Liite 3. Haastattelun runko	70
	Liite 4. Tiedote	71
	Liite 5. Analysointitaulukot.....	72

1 JOHDANTO

Selkäydinvamma voi syntyä tapaturmaisesti mekaanisen voiman aiheuttaman nikamamurtuman, nikaman siirtymän tai välilevytyrän seurauksena. Kasvaimet, tulehdukset, verenkiertohäiriöt ja selkäydinkanavan ahtautuminen voivat myös vahingoittaa selkäydintä. Nelirajahalvaus eli tetraplegia aiheutuu kaularankaan kohdistuneissa vaurioissa ja alaraajojen halvaus eli paraplegia aiheutuu rinta- ja lannerankaan kohdistuneissa vaurioissa. Selkäydinvammautuminen johtaa toiminta- ja liikuntakyvyn menetykseen, se myöskin muuttaa kehon, rakon ja suolen toimintoja sekä johtaa korkeissa selkäydinvaurioissa autonomisen hermoston toiminnan häiriintymiseen. (Riikola, Ahoniemi & Malmivaara 2013.)

Teollistuneissa maissa tapaturmaisesti syntyneitä selkäydinvammoja todetaan vuosittain 13-27 kappaletta 100 000 asukasta kohti. Kotimaassamme traumaattisia selkäydinvammoja tyypillisimmin aiheuttaa liikenne- sekä putoamisonnettomuudet. Suomessa vuositasolla kuntoutuksen piiriin päätyy 13-27 tuoretta selkäydinvammapotilasta. (Kannisto & Ylinen 2016.) Suomessa on arviolta noin 3000 tapaturmaisen selkäydinvaurion saanutta. Riskiryhmässä ovat 16-30- vuotiaat miehet, joilla vaurio syntyy useimmiten liikenneonnettomuudessa. Elinajan ennuste on selkäydinvamma potilailla lyhyempi kuin muulla väestöllä, vaikka viimeisten vuosikymmenien aikana on tapahtunut pidentymistä. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaiden hyvästä konservatiivisesta hoidosta, konservatiiviseen hoitoon liittyvistä haasteista ja koulutustarpeista. Keskeisinä asioina opinnäytetyössämme käsitellään selkäydinvammapotilaan konservatiivista hoitoa, koskien hengitysvajauksen hoitoa, asentohoitoa, ravitsemusta, virtsaamista ja vatsantoimintaa sekä lääkkeitöntä kivunhoitoa. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa sairaanhoitajille ajanmukaista tietoa selkäydinvammapotilaiden kuntoutumista tukevan hoitotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön tilaajana oli yksi Suomen sairaanhoitopiireistä ja opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään käytännön hoitotyön kehittämiseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaiden hyvästä konservatiivisesta hoidosta, konservatiiviseen hoitoon liittyvistä haasteista sekä koulutustarpeista.

Opinnäytetyön tehtävinä ovat:

1. Millaista on hyvä selkäydinvammapotilaan konservatiivinen hoito?
2. Mitkä osa-alueet sairaanhoitajat kokevat haastavaksi selkäydinvammapotilaiden konservatiivisessa hoitotyössä?
3. Mitkä selkäydinvammapotilaan konservatiivisen hoidon osa-alueet vaatisivat sairaanhoitajien mielestä lisäkoulutusta?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sairaanhoitajille ajanmukaista tietoa selkäydinvammapotilaiden kuntoutumista tukevan hoitotyön kehittämiseksi.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Lähtökohdat rajautuivat opinnäytetyön tehtävien mukaisesti osa-alueisiin, jotka ilmenivät opinnäytetyön tilaajan tarpeista. Keskeisinä asioina tässä opinnäytetyössä käsitellään selkäydinvammapotilaan konservatiivinen hoito, koskien hengitysvajauksen hoitoa, asento-
hoitoa, ravitsemusta, virtsaamista ja vatsantoimintaa sekä lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tämän opinnäytetyön lähtökohtina ovat sairaanhoitaja, selkäydinvammapotilaan konservatiivinen hoito ja selkäydinvammapotilas.

KUVIO 1. Selkäydinvammapotilaan hoitoprosessi



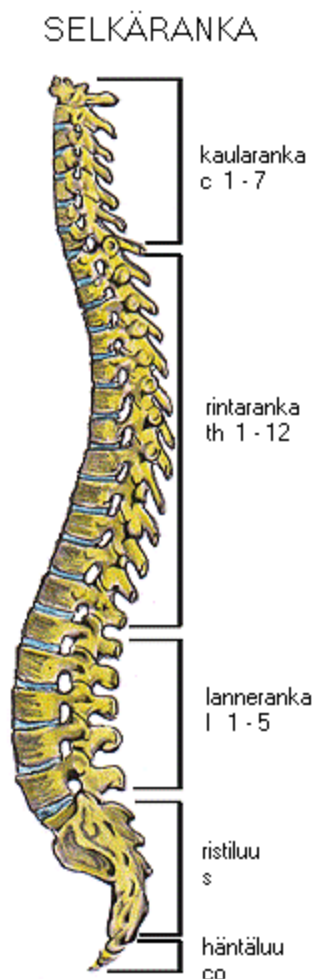
3.1. Selkäydin

Selkärangankanavassa sijaitseva, noin pikkusormen paksuinen selkäydin yhdistää ääreishermostoa ja aivoja. Selkäydintä ympäröi aivoselkäydinneste ja selkäydinkalvot. Selkäydin on myös monien heijasteiden kytkentäasema. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 117.) Selkäytimessä on kaksi aluetta. Sisimpänä sijaitsee perhosen muotoa muistuttava harmaa-aine ja sitä ympäröivä valkea-aine. Selkäytimen pituussuuntaan kulkevat hermoradat muodostuvat valkeassa aineessa sijaitsevista aksoneista eli hermosolun hermoimpulssien viejähaarakkeista. Valkean aineen väri tulee rasvapitoisista myeliinipista, jotka ovat aksonin ympärille muodostunutta moninkertaista eristävää solukalvoa. Harmaassa aineessa sijaitsevat solujen soomat ja lyhyemmät tuojahaarakkeet eli dentriitit. (Sand ym. 2013, 104-105, 120.) Aivoista lannenikamiin asti ulottuvasta selkäytimestä haarautuvat selkäydinhermot kummallekin puolelle kehoa (Aaltonen, Hernesniemi & Pihlaja 2016, 138).

Ihmisen hermostossa on kaksi pääosaa, keskushermosto ja ääreishermosto. Näistä kahdesta keskushermostoon kuuluvat aivot ja selkäydin. Ääreishermosto muodostuu selkäytimestä ja aivorungosta lähtevistä parillisista hermoista. Nämä parilliset hermot jakaantuvat ohuemmiksi hermoiksi, jotka ovat yhteydessä aistin-, lihas-, ja rauhassoluihin. Näin ollen selkäydin on yhteydessä ääreishermoston välityksellä ihmisen sensoriseen hermostoon, joka välittää lihasten, jänteiden, nivelten ja sisäelinten aistinsolujen tietoa. Luustolihasia ohjaavaan somaattiseen motoriseen hermostoon ja autonomiseen hermostoon, joka ohjaa sileiden lihasten, rauhasen ja sydämen toimintaa. (Sand ym. 2013, 105-107.)

Selkäydinhermot poistuvat selkäydinkanavasta selkärangan nikama-aukkojen kautta. Jokaista selkärangan nikamaa vastaa selkäytimen jaoke, josta selkäydinhermopari erkanee. Selkäydinhermot on siten nimetty niiden selkärangan nikamien mukaan, joiden korkeudelta hermot tulevat ulos selkärangankanavasta. Selkäydinhermoparit voidaan jakaa selkänikamien mukaan jaokkeisiin. Vyömäisesti kehon ympäri ja raajoja pitkin kulkevat sensoriset hermosyyt liittyvät selkäytimen jaokkeisiin. Näin ollen tietyn selkäydinhermon sensorisen takajuuren vaurioituminen aiheuttaa ihon tuntohäiriöitä, mutta kauempana selkäytimestä sijaitseva hermovaurio aiheuttaa tuntohäiriöitä erikokoisilla ja -muotoisilla

alueilla. Ihohermotuksessa hermoston jaokkeisuus ilmenee selvimmin. Ihojaokkeita kutsutaan dermatomeiksi. Lihasten hermotus ei ole niin selvästi järjestäytynyttä kuin ihohermotus. Myotomien eli lihasvyöhykkeiden hermottamat alueet voivat vaihdella sikiökehityksen aikana. Tällöin lihasten paikka muuttuu sikiön kehittyessä, mutta alkuperäinen hermotuksen paikka säilyy selkäytimessä. Esimerkkinä tämänlaisesta siirtymisestä on pallea, joka kehittyy neljännen kaulajaokkeen alueella. Kehityksen edetessä pallea laskeutuu alaspäin, mutta sen hermotus säilyy kaulan alueella C4-tasolla. Tästä syystä, vaikka selkäytimeen tulisi C5-tason vaurio, voi hengitystoiminta jatkua edelleen. (Sand ym. 2013, 117-119.) C3 ja C4 tason vaurioissa pallealihaksen toiminta heikentyy, mikä saattaa johtaa siihen, että potilas tarvitsee hengityskonetta (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012).

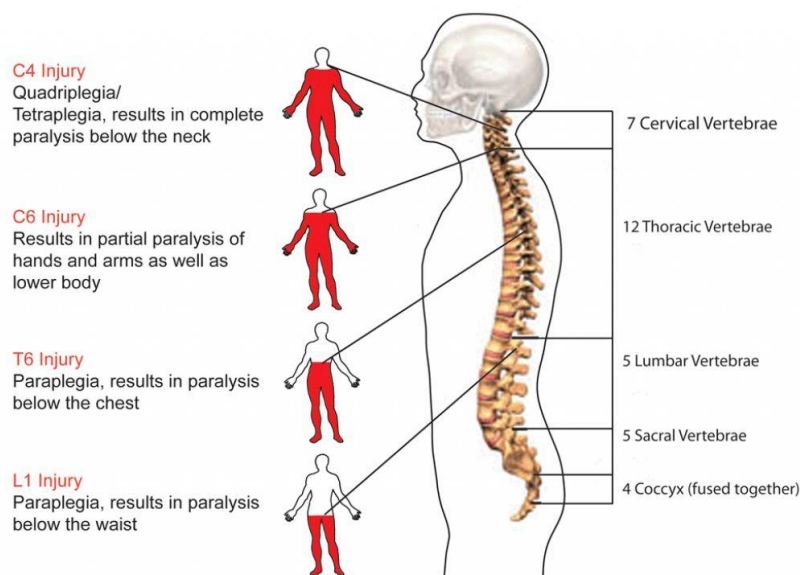


KUVA 1. Selkärangan rakenne (Jokinen 2014.)

3.2. Selkäydinvammat

Selkäytimen vaurioituminen aiheuttaa pysyvästi lihasvoiman ja tunnon puuttumista tai heikentymistä. Vaurio muuttaa useita kehon toimintoja ja johtaa toiminta- ja liikuntakyvyn menetykseen ja autonomisen hermoston toiminnan häiriöihin. Vaurion taso vaikuttaa oireisiin aiheuttaen kipua, halvaantumisen tai muita oireita (Pro Fusion Rehab 2015). Hermosto vaurion vuoksi, myös rakon, suolen ja sukupuolielinten toiminnot häiriintyvät ja muuttuvat.

Selkäytimen vaurioituminen voi johtua useasta eri syystä. Taustalla voi olla trauma, kuten selkänikaman murtuma tai sijoiltaan meno. Vammautuminen voi aiheutua verenkiertohäiriöstä, esimerkiksi valtimo-laskimo epämuodostuman seurauksena. Muita syitä vammautumiselle ovat tulehdukset sekä kasvaimet. (Kalso, Haanpää, Vainio 2009, 322.) Tapaturmaisen selkäydinvamman syntymisen syynä on yleensä mekaanisen voiman aiheuttama välilevytyrä, nikaman siirtymä tai nikamamurtuma. Tämän seurauksena voi aiheutua selkäydinkanavan verenpurkauma ja turvotus, jotka johtavat hermokudoksen hapenpuutteeseen ja sen myötä hermosolujen kuolemaan. Selkäydintä voivat vahingoittaa myös verenkiertohäiriöt ja selkäytimen ahtautuminen. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012.) Selkäydinvaurio voi olla osittainen tai täydellinen ja se voi vaihdella kaula-, rinta- ja lanneranka sekä ristiluu tasolla. Vaurion taso ja tyyppi määrittelevät jäljelle jääneet toiminnot, esimerkiksi kaularangan vaurioituessa tuloksena on nelirajahalvaus eli tetraplegia. Alaraajojen halvaus eli paraplegia voi syntyä rinta- ja lannerangan, sakraalisegmenttien, selkäytimen hännän (cauda equinan) tai selkäytimen kartiomaisen pään (conus medullarisen) vaurioissa. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012.)



KUVA 2. Selkäydinvamman taso (Pro Fusion Rehab 2015.)

Kuvantamistutkimuksilla diagnosoidaan selkäydinvaurio, jolloin tietokonetomografia on ensivaiheen tutkimus, mutta selkäytimen tila selvitetään magneettitutkimuksella. AIS-luokituksella arvioidaan kliinisesti vaurion täydellisyys ja neurologinen vauriotaso. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012.) AIS-mittaria (Liite 1) käytetään traumaattisen selkäydinvaurion saaneen neurologisen vaurion laadun ja tason arviointiin (THL 2011). Luokitus tehdään sairaalaan tulon ja leikkauksen jälkeen. Suositeltavaa on arvioida vaurion taso ja tyyppi päivittäin ensimmäisten kolmen vuorokauden aikana. Luokitus pystytään toteuttamaan vain tajuissaan oleville potilaille ja päihtyneille potilaille vasta siinä vaiheessa, kun potilas pystyy kommunikoimaan.

3.3. Selkäydinvammapotilaan konservatiivinen hoito

Selkäydinvamman hoitona voidaan hyödyntää sekä konservatiivista että radikaalista hoitoa (Kannisto & Ylinen 2014). Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan säästävää ja rajoitettua menetelmää hyödyntävää hoitoa, kuten asentohoitoa. Radikaalisella hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jolla pyritään vaikuttamaan tehokkaasti suoraan sairauden aiheuttajaan, esimerkiksi leikkaushoitoa. (Duodecim 2016.) Molemmilla hoitomuodoilla on riskinsä. Selkärankamurtuman leikkaushoito saattaa aiheuttaa komplikaatioita, kuten infektioita. Selkärankamurtuman leikkaushoidossa käytetään metallisauvoja ja ruuveja, jotka saattavat irrota tai ovat jo alkujaan väärällä tavalla laitettuja. Konservatiivista hoitoa käytettäessä riskeiksi muodostuvat pitkäaikainen vuodelepo sekä selkärankamurtuman luutuminen väärin. Pitkään jatkuva lepo aiheuttaa herkästi nivelten jäykistymistä sekä spastisuutta eli lihaksen poikkeavaa jäykistymistä. (Kannisto & Ylinen 2014; Roine 2011, 4.)

Tässä opinnäytetyössä selkäydinvammapotilaan hoitoa käsitellään konservatiivisten hoitomuotojen näkökulmasta. Näitä ovat hengitysvajauksen hoito, asentohoito, ravitseminen, erityyppiset lääkkeetön kivunhoito. Painotus tässä opinnäytetyössä on konservatiivisen hoidon käytännön toteuttamisessa.

3.3.1 Hengitysvajauksen hoito

Keuhkojen ja hengityslihasten toimintaan vaikuttavat selkäydinvaurion tyyppi ja taso. Yleistä on keuhkojen tilavuuden pieneneminen (restriktiivinen toiminnan vaje) ja kaularangan vaurioihin liittyvä ahtaumasta (obstruktiivinen) johtuva toiminnan vaje. Kaularangan selkäydinvaurioissa hengityksen vajaatoimintaa esiintyy jopa 74 %:lla potilaista. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012.)

Akuuttivaiheessa selkäydinvaurio potilaan ilmäteiden auki pysyminen on varmistettava, lisäksi arvioidaan hengityksen tukilaitteiden tarve. Intubaatio on tarpeellinen akuuttivaiheessa, jos vauriotaso on C5 tai korkeampi. Jos potilaan tilanne vaatii trakeostooman tekoa, siitä yritetään päästä mahdollisimman nopeasti eroon infektioriskin vuoksi. Tehokasta liman poistoa, hengitysteiden auki pitämistä ja nenä-mahaletkua suositellaan aspiraatio- ja keuhkokomplikaatioriskien ehkäisemiseksi. Mahdollisimman hyvää keuhkotilavuutta ylläpidetään hyvällä akuuttivaiheen jälkeisellä kuntoutuksella. Hengitysmonitorointi on tarpeen ensimmäisen viikon aikana, jos kyse on kaularankatason vauriosta, jolloin itsenäinen hengitys on säilynyt. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus, 2012.)

Suurimmalla osalla selkäydinvammapotilaista hengitystoiminta on vakavasti heikentynyt (Postma ym. 2014). Hengityskomplikaatiot ovat yleinen syy selkäydinvammapotilaiden sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Niitä esiintyy potilailla koko eliniän ajan ja ne ovat merkittävin syy heidän tarvitsemaan sairaalahoitoon. Potilaat ovat erittäin alttiita erilaisille hengitysongelmille ensimmäisten viikkojen jälkeen vammautumisesta. Ensimmäisten viikkojen aikana hengityskomplikaatiot ovatkin selkäydinvammapotilailla toiseksi yleisin kuolinsyy heti sydänperäisten komplikaatioiden jälkeen. Tyypillisimpiä hengityskomplikaatioita ovat hypoventilaatio, atelektasi, eritteiden kertyminen hengitysteihin ja keuhkokuume. (Harvey 2008, 205; Sisto, Druin & Sliwinski 2009, 69.)

Fysioterapeutit ohjaavat sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille itselleen erilaisia hengitysharjoituksia. Ne stimuloivat, tehostavat ja avustavat hengitystä sekä liman irtoamista hengitysteistä. Harjoituksia ovat muun muassa rentoutuminen sekä hengityslihasten harjoittelu apuvälineillä sekä ilman. Lisäksi fysioterapeutti ohjaa erilaisia keuhkojen tyhjenyshoitoja, kuten yskimistekniikoita. (Iivanainen & Syväoja 2013, 234-236.)

Hengenahdistus on tila, jonka myötä potilaan psyykkinen sekä fyysinen jännittyneisyys lisääntyy (Iivanainen & Syväoja 2013, 234). Hengenahdistusta voi aiheuttaa esimerkiksi keuhkokuume tai psyykkiset tekijät, kuten paniikkihäiriö (Salomaa 2016). Jännittyneisyyttä voidaan hoitaa erilaisilla rentoutumisharjoituksilla, joiden avulla lihasjännitys laukeaa ja hengitystyö helpottuu. Rentoutuminen tapahtuu esimerkiksi ajatusten tai hengityksen avulla, mutta myös erilaiset hengitystä helpottavat asennot edesauttavat rentoutumista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013, 19.)

Hengityslihasten harjoittelu tapahtuu normaalitilanteessa kestävyysliikunnalla. Potilaat, jotka eivät kykene normaaliin tai riittävän tehokkaaseen harjoitteluun harjoittavat hengityslihaksiaan esimerkiksi erilaisten apuvälineiden avulla. Ne mahdollistavat uloshengityksen vastuksen kasvattamisen, sisäänhengityksen tehostamisen, hengityslihasten voiman ylläpidon ja parantamisen. Harjoitteiden tavoitteena on pallea- ja kylkiluuhengityksen tehostaminen. Harjoitukset aloitetaan yleensä sisäänhengitystä vastustavalla laitteella, jonka käytön ohjaa fysioterapeutti. (Iivanainen & Syväoja 2013, 235.) Vuonna 2014 tehdyn Hollantilaistutkimuksen mukaan selkäydinvammapotilaat hyötyvät sisäänhengityslihasten harjoittelusta sairaalahoitajaksojen aikana. Tutkimuksessa potilaat hyödynsivät sisäänhengitystä vastustavaa apuvälinettä (Threshold IMT). Potilaat tekivät sisäänhengitysharjoituksia kahdeksan viikon ajan ja tämän todettiin lisäävän sisäänhengityslihasten voimaa. Vaikutusten ei kuitenkaan todettu olevan merkittäviä pitkäaikaisessa seurannassa. (Postma ym. 2014.) Selkäydinvammapotilaat kärsivät usein atelektaasista ja sen hoidossa on erityisen suositeltavaa käyttää tehostettua sisäänhengitystä. Atelektaasien avautumiseen vaaditaan pitkäkestoista ja tehokasta sisäänhengitystä, sillä keuhkon terveen osan on laajennuttava täysin ennen kuin kokoon painunut osa voi laajeta. (Harvey 2008, 205; Iivanainen & Syväoja 2013, 235.)

Hengityslihasten heikentyminen vaikuttaa selkäydinvammapotilaiden puheeseen ja yskimiseen. Vaikutukset puheeseen ovat esimerkiksi puheäänien hiljentyminen, lauseiden lyhentyminen, epätarkka konsonanttien lausuminen ja muut ääntämisen häiriöt sekä hidasunut puhe. (Johansson ym. 2011.) Yskeminen hankaloituu, sillä potilaat eivät kykene tekemään syviä sisäänhengityksiä heikkojen hengityslihastensa vuoksi. Tyypillisesti myös potilaiden rintakehä ja keuhkot jäykistyvät pinnallisen hengityksen vuoksi, mikä hankaloittaa entisestään syvien sisäänhengitysten ja yskimisen suorittamista. (ACPR 2011.) Molempia ongelmia varten on kehitetty menetelmä, jota kutsutaan glossofaryngeaaliseksi hengitykseksi eli sammakkohengitykseksi (ARCP, 2011; Selkäydinvamma: Käypä hoito-

suositus 2012). Kyseinen menetelmä mahdollistaa suuremmat hengenvedot nielemällä pieniä määriä ilmaa keuhkoihin huulien, kielen ja kurkun avulla. Nieleminen näyttää samalta kuin sammakon kurnutus, minkä vuoksi tekniikka tunnetaan yleisemmin sammakkohengityksenä. Sammakkohengityksen toteuttamiseen ei tarvita apuvälineitä. (ACRP 2011; Johansson ym. 2011.) Yskiessä henkilö nielee ilmaa useamman kerran keuhkoihin ja pitää ilmaa keuhkoissa äänihuultensa avulla, kunnes keuhkot ovat niin täynnä ilmaa kuin mahdollista. Tämän jälkeen potilas yskii ilman ulos. (ARCP 2011.) 67-80% tetraplegiapotilaista ovat tutkimusten mukaan olleet kykeneväisiä oppimaan sammakkohengitystekniikan. Sen hyödyiksi eri tutkimuksissa on raportoitu esimerkiksi suurentunut keuhkojen tilavuus ja myötäävyys, atelektaasin ja alveolien kokoon painumisen ehkäisy, yskimään kykenemisen lisääntyminen ja suurempi äänenvoimakkuus. (Johansson 2011.)

Selkäydinvammapotilaiden yskimisen avustaminen on tärkeä hoitohenkilökunnan tekemän toimenpide heikentyneiden hengityslihasten, erityisesti vatsalihasten, vuoksi (Harvey 2008, 212; Iivanainen & Syväoja 2013, 236). Avustettu yskiminen voi lisätä uloshengityksen huippuvirtausta jopa seitsenkertaisesti. Avustetussa yskimisessä hoitaja tai fysioterapeutti painaa yllättäen ja voimakkaasti rintaa tai vatsanpeitteitä samalla kuin potilas yrittää itse yskiä. Ulkopuolelta tuleva paine korvaa halvaantuneet kylkiluuväli- ja vatsalihakset, joita normaalisti hyödynnetään yskimisessä. Lisätukea ja painetta yskimiseen saadaan käyttämällä potilaalla keskivartalon tukivyyötä. (Sisto ym. 2009, 69.) On kuitenkin muistettava, että voimakkaasti toteutettua avustettua yskimistä tulee nelirajahalvauspotilailla käyttää hyvin harkitusti, mikäli heidän tilansa on epävakaa tai tuore (Harvey 2008, 213-214).

Hengitysteihin kertyneitä eritteitä voidaan pyrkiä poistamaan tärinän, värinän ja ravistelun avulla, mutta näiden tekniikoiden käytöstä nelirajahalvaantuneiden potilaiden hoidossa on heikosti näyttöä. Kaikki edellä mainitut hoitomuodot saattavat liikuttaa selkärankaa ja tästä syystä niitä tulisi käyttää harkiten tuoreiden selkäydinvammojen hoidossa ja käytölle tulisi aina olla lääketieteellinen perustelu. (Harvey 2008, 215.)

3.3.2 Asentohoito

Asentohoito on toimenpide, jonka hoitajat suorittavat yleisimmin erilaisissa hoitolaitoksissa. Oikein toteutettu asentohoito mahdollistaa elintoimintojen, erityisesti hengityksen ja verenkierron edistämisen ja vuodepotilaan onnistuneen kuntoutuksen. Sen avulla voidaan esimerkiksi ehkäistä nivelten virheasentoja ja ihovaurioiden muodostumista. (Iivainen & Syväoja 2013, 115.)

Tuntopuutosten vuoksi painehaavariski on suurentunut selkäydinvammapotilailla (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012). Paine, hankaus tai venytys ovat tekijöitä, jotka aiheuttavat painehaavoja. Painehaavat esiintyvät tyypillisesti kehonosissa, joissa luu muodostaa ulokkeen, esimerkiksi kantapäässä. Ennaltaehkäisyä korostetaan painehaavojen hoidossa (Hotus 2008). Näin ollen suuren riskin potilailla, kuten selkäydinvammapotilailla, on syytä käyttää painehaavapatjaa jo akuuttivaiheesta lähtien (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012).

Tutkimusten perusteella on todettu, että painehaavapatjan käyttö yhdistettynä neljän tunnin välein tapahtuvaan asennon vaihtamiseen vähentää huomattavasti painehaavojen ilmaantumista verrattuna kahden tunnin välein tapahtuvaan asentohoitoon tavallisella sairaalavuoteen patjalla. Ei kuitenkaan ole suositeltavaa toteuttaa neljän tunnin välein tapahtuvaa asennon vaihtoa, vaan suositus on edelleen kahden tunnin välein tapahtuvasta asentohoidosta, patjasta riippumatta. (Hotus 2008.) Selkäydinvammapotilailla tehohoidon vaiheessa on huomioitava asentohoitoa toteutettaessa mahdollinen rangan murtuma ja sen tukeminen (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen, Viikari-Juntura 2015).

Spastisuus eli lihaksen liiallisen jänneyden ja vastuksen kasvaminen (Sandell & Liippola 2011, 4) on asentohoitoa vaativa tila, joka ilmenee selkäydinvammapotilailla spinaalishokkivaiheen jälkeen vartalossa, raajoissa tai molemmissa samanaikaisesti (Arokoski ym. 2015). Spastisuudesta kärsivän potilaan asentohoidossa suositetaan kylkimakuuasentoa, joka on tuettu tyynyjen avulla. Selinmakuu saattaa puolestaan lisätä ojentavien lihasten spastisuutta. (Sandell & Liippola 2011, 10.) Spastisuuden hoitona hyödynnetään myös fysioterapiaa, jossa lihaksia venytetään (Arokoski ym. 2015). Tavoitteena on hitaat, passiiviset liikkeet, jotka ovat liikelaajuudeltaan erilaisia. Lihaksen liiallista jännevyyttä pystytään heikentämään jo minuutin kestoisissa venytyksissä. (Sandell & Liippola 2011, 10.) Lisäksi spastisuuden hoidossa hyödynnetään liikehoitoa, apuvälineharjoittelua käsi- ja

jalkapyörällä. Terapeuttisena hoitomuotona spastisuuteen voidaan hyödyntää myös saunomista. Lääkehoito on merkittävä osa spastisuuden hoitoa. (Arokoski ym. 2015.)

Selkäydinvammapotilaan asentohoidossa on kannattavaa hyödyntää psoas- ja päinmakuuasentoa perinteisten selin- ja kylkimakuuasentojen lisäksi, sillä ne ovat tarkoitettu hengitysvajauksesta kärsiville ja halvaantuneille potilaille (Iivanainen & Syväoja 2013, 117). Psoas-asennon ansiosta saadaan keskivartalon ja alaraajojen jännittyneet lihakset rentoutumaan (Selkäliitto n.d.). Asento muodostuu lonkan ja polvinivelen koukistuksesta. Päinmakuuasennon avulla saadaan aktivoituksi selkäpuolen lihaksia ja estetään lonkkanivelen koukistumista. (Iivanainen & Syväoja 2013, 116-117.) Hengityslihasten, etenkin vatsalihasten, heikkoudesta kärsivien potilaiden on tutkimuksissa todettu pystyvän hengittämään paremmin selinmakuuasennossa kuin istuma-asennossa. Pystyasennossa ollessaan potilaiden tulisi käyttää keskivartalon tukivyyötä, jotta pallea pysyisi paremmassa asennossa, jolloin hengittäminen helpottuisi. (Isto ym. 2009, 69.)

3.3.3 Ravitseminen

Potilaan hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu lääkityksen ja nestehoidon lisäksi hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen tai aliravitsemuksen korjaaminen. Mikäli potilaan normaali ruokailu ei onnistu suun kautta turvaamaan riittävää energian ja ravintoaineiden saantia, tarvitaan ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidolla pyritään estämään aliravitsemustilan kehittyminen, sillä turvataan tarvittavien ravintoaineiden saaminen ja annetaan lisäenergiaa, joita tarvitaan trauman tai leikkauksen aiheuttamiin aineenvaihdunnan muutoksiin. (Bäcklund 2016.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että heikolla ravitsemustilalla on yhteys painehaavojen syntyyn. Niillä potilailla, jotka olivat saaneet tavallisen sairaalaruoan lisäksi lisäravinnevalmisteita, todettiin harvemmin painehaavoja. (Hotus 2008.) Nielemisvaikeuksia on todettu 17-41 %:lla neliraajahalvaantuneista. Riskitekijöinä voidaan pitää trakeostomiaa, etukautta tehtyä kaularangan leikkausta, selkäydinvaurion korkeaa tasoa ja halovest-laitetta, jolla voidaan immobilisoida niska ja pää. Nielemisvaikeudet voivat johtaa ruoan aspiraatioon, joka voi aiheuttaa jatkuvia keuhkokuumeita. Aspiraation välttämiseksi suositellaan kohoasentoa, jolloin myös ihon kunnon tarkka seuranta on tärkeää. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.)

Selkäydinvamma käypä hoito- suositus (2012) toteaa että, parenteraalista ravitsemusta tarvitaan ensimmäisen vuorokauden aikana vammautumisesta, jotta voidaan ehkäistä paralyttinen ileus (suolitukos) ja mahalaukun retentio. Nenä-mahaletkun tai PEG:n (percutaneous endoscopic gastrostomy) avulla ravinnon ja nesteiden saaminen turvataan, jos ravitsemus ei suun kautta onnistu. Letkuravitsemuksen tavoitteena on turvata potilaan ravitsemus ja optimoida toipuminen. Vasta-aiheina pidetään maha-suolikanavan akuutteja ongelmia, kuten suolenpukkeamaa- tai tukosta. Jos potilaalla on todettu osittainen mahalaukun lama, ravitsemus onnistuu tällöin parhaiten ohjaamalla ravinto letkun avulla suoran ohutsuoleen (nasojejunaalinen). (Saarnio, Pohju, & Ahtola 2014, 2241-2244.)

Yksilöllinen ravitsemustilanteen arviointi on tärkeää, varsinkin jos potilaalla on nielemisen tai tajunnantason häiriötä. Näille potilaille on myös hyvä harkita mahanportin jälkeistä ruokintaletkua. (Reintam Blaser, Starkopf, Alhazzani ym. 2017, 380-398.) Normaaliin syömiseen pyritään mahdollisimman nopeasti toipumisen edistyessä (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012). Ruuansulatuskanavan kautta tapahtuva ravitsemus eli enteraalinen ravitsemus on aina ensisijainen, ellei siihen ole estettä. Vähäinkin ruuansulatuskanavan kautta tapahtuva ravitsemus tukee suoliston rakenteen ja toimintakyvyn säilymistä. Siihen liittyy myös vähemmän infektiokomplikaatioita kuin parenteraaliseen ravitsemukseen ja sillä ehkäistään bakteerien pääsyä suolistosta verenkiertoon eli bakteerien translokaatiota. (Eloranta, Lundgrén-Laine & Ritmala-Castrén 2016.) Tehohoidon aikana kriittisesti sairailta potilailta on suurentunut riski energian puutokseen. Elimistön stressireaktio traumassa voi johtaa liialliseen kataboliaan ja potilaan ravitsemusta on vaikeaa arvioida. Yksilöityä suonensisäistä ravitsemusta voidaan käyttää enteraalisen ravitsemuksen tukena, jos riittävää ravitsemusta ei saada toteutumaan. Riittävällä ravitsemuksella voidaan laskea infektioriskiä ja vähentää hengityskonehoidon kestoa. (Oshima & Pichard 2015.)

Vaikea sairaus, kuten sepsis tai monivamma, laukaisee hormonaalisen vasteen elimistössä, joka muuttaa aineenvaihduntaa. Tämä aineenvaihdunnan muutos kasvattaa potilaan energiankulutusta, lisää proteiinien hajoamisprosessia, kiihdyttää sokeriaineenvaihduntaa ja kasvattaa insuliiniresistenssiä. Hyvällä ravitsemushoidolla turvataan elimistölle tärkeät ravintoaineet, kuten hiilihydraatit, rasvat ja proteiinit, elektrolyytit, vitamiinit ja hivenaineet. Riittämättömän tai virheellisen ravitsemuksen seurauksena voi olla immuunivasteen heikkeneminen, haavan parantumisen hidastuminen, suoliston limakalvon surkastumi-

nen, valkuaisainesynteesin väheneminen, lihasten toiminnan ja hengitysfunktion huononeminen. (Bäcklund 2016.) Selkäydinvauriosta voi aiheutua vauriotason alapuolelle kehon toimintojen lamaantuminen eli spinaalishokki. Tällöin sympaattisen hermoston toiminta lakkaa ja parasympaattinen toiminta voimistuu. (Selkäydinvamma: Käypä hoitosuositus 2012.) Tämän tapahtuessa myös energiankulutuksessa tapahtuu muutoksia, jotka pitää huomioida energian tarpeen arvioinnissa. Väärin arvioitu energiankulutus voi johtaa huonoon ravitsemukseen ja tulevaisuudessa liikalihavuuteen. Tämä lisää komplikaatioita ja huonontaa kuntoutumista. (Nevin, Steenson, Vivanti & Hickman 2015, 248-253.)

Selkäydinvammapotilaiden ravitsemuksen on tärkeä kiinnittää huomiota, sillä heidän painonsa nousee herkästi. Tämä puolestaan lisää useiden lääketieteellisten komplikaatioiden riskiä, kuten riskiä sairastua diabetekseen, korkeaan kolesteroliin, ylipainoisuuteen ja osteoporoosiin. Nämä tekijät ovat yhteydessä myös painehaavojen syntyyn. Selkäydinvammapotilaiden aineenvaihdunnan hidastuminen halvaantumisen vuoksi vähentää heidän päivittäistä energiantarvettaan verrattuna terveeseen väestöön. (Barton & Kim 2011.) On ehdotettu, että energiantarve selkäydinvammautuneilla muuttuu ajan ja kuntoutumisen myötä. Ajatus on, että energian kulutus nousee vammautumisen akuutissa vaiheessa ja laskee kuntoutumisen vaiheessa alle sen, mitä se oli ennen vammautumista. Kulutusta arvioidessa on hyvä ottaa huomioon yksilölliset syyt, kuten sukupuolien väliset erot energiankulutuksessa. Miehillä on usein suurempi energiankulutus kuin naisilla. Vamman taso vaikuttaa myös energiankulutukseen. Tetraplegiapotilailla energiankulutus on vähäisempää kuin paraplegiapotilailla, johtuen lihasmassan vähyydestä. Myös erilaiset komplikaatiot, kuten painehaavat ja virtsatieinfektiot vaikuttavat energiantarpeeseen. (Nevin ym. 2016, 248-253.)

3.3.4 Virtsaaminen ja vatsan toiminta

Aivan selkäytimen alapäässä sijaitsee virtsaamista säätelevä keskus, jolloin rakon toiminta häiriintyy myös matalissa vammoissa. Ongelmat ilmenevät rakkotyypistä riippuen pidätyskyvyttömyytenä, kasteluna, virtsaamistarpeen tunteen puuttumisena ja rakon huonona tyhjentymisenä. Rakon toiminnan häiriintyessä tyypillisiä komplikaatioita ovat virtsatietulehdukset ja oireet autonomisesta dysrefleksista, joita ovat tavallisimmin runsas hikoilu tai jyskyttävä päänsärky. (Akson ry. n.d.) Selkäydinvammautuneilla ainoastaan

oireiset infektiot suositellaan hoidettavan, yleensä tavallista pidemmällä antibioottikurilla (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.) Virtsatietulehduksen uusiutumista saattaa vähentää karpalomehun tai karpalo-puolukkamehun juominen säännöllisesti. Virtsatietulehduksen ehkäisykeinona virtsan happamoittamista C-vitamiinilla, rakon tiheää tyhjentämistä tai runsaasti juomisesta on tieteellistä näyttöä. (Virtsatieinfektiot: Käypä hoito suositus 2015.) Virtsatiekiviä voi muodostua akuuttivaiheessa luustosta liukenevan kalkin vuoksi. Myöhäisemmässäkin vaiheessa kiviä voi muodostua toistuvien tulehdusten vuoksi. Munuaisten vajaatoiminnan riski nousee bakteeritulehdusten ja rakkossa muodostuvan korkean paineen vuoksi. Varhaisvaiheessa säännöllinen tilanteen seuraaminen on tärkeää. Alkuvaiheessa munuaisten toimintavajasta ei voida todeta verikokeilla, eikä se muodosta oireita. Esimerkiksi ultraäänitutkimuksella muutokset voidaan todeta ajoissa, esimerkiksi paineen vuoksi laajentuneet virtsanjohtimet. Seuranta on erityisen tärkeää, jos virtsatulehduksia on paljon tai rakon paine nousee korkeaksi. (Akson ry. n.d.)

Urodynaamisen tutkimuksen perusteella kartoitetaan rakon toimintahäiriön tyyppi. Yleensä rakkotyyppejä on kaksi: Yliärtynyt eli spastinen rakkolihas ja spastinen sulkijalihas, sekä velto rakko ja sulkijalihas. Täydellisissä vammoissa hädän tunteen voi oppia päättelemään epäsuorasti, kun taas osittaisissa vammoissa virtsaamistarve tuntuu lähes normaalisti. Vamman tasosta riippuen hädän tunne aiheuttaa erilaisia tuntemuksia. Korkeilla vammoilla tunne voi olla hikoilua tai väreitä ja matalilla vammoilla kramppeina vatsanpohjassa tai paineen tunteena. Rakon täyttymistä ei välttämättä huomaa, jolloin sen voi opetella tunnustelemaan alavatsalta. (Akson ry. n.d.) Selkäydinvammautumisen jälkeen kestopaketti tai subrapubinen paketti voidaan laittaa muutamaksi päiväksi. Kun potilaan tila on vakaa ja vaadittavat toimenpiteet on tehty, voidaan rakkoa ryhtyä tyhjentämään toistopakettioinneilla. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus. 2012.) Toistopakettiointeja käytetään vammautumisen jälkeisinä viikkoina. Tällöin myös alfasympatolyyttinen lääke voi vähentää virtsaputken sulkupainetta, mikä saattaa helpottaa rakon tyhjenemistä. (Alaranta ym. 2006. 839-841.) Toistopakettioinnit ovat yleinen rakon tyhjentämistapa vammautumisen jälkeen. Pakettioinnin etuna pidetään rakon tyhjenemistä kokonaan ilman ylimääräistä painetta. Paljon käytössä oleva tapa rakon tyhjentymisrefleksin käynnistymiseen on alavatsan naputtelu, jota voidaan tehostaa rakon painamisella. Joskus virtsaamisen vaikeuksien tai muiden rakon häiriöiden vuoksi, joudutaan asettamaan virtsapaketti vatsanpeitteiden läpi eli niin sanottu cystofix. Lisäksi voidaan hyödyntää kestopaketteja tai virtsa-avanteen tekoa. (Akson ry. n.d.)

Tutkimuksissa on todettu, että selkäydinvaurion seurauksena tulleet paksusuolen toiminnan muutokset vaikuttavat eniten selkäydinvammaisten elämään. Nämä toimintahäiriöt vaikuttavat lääketieteellisten ongelmien lisäksi vammautuneen sosiaaliseen elämään ja arkeen. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.) Suolen toimintaan selkäydinvamma aiheuttaa kahdenlaisia muutoksia. Suolen peristaltiikka hidastuu ja sulkiilihasten hallinta heikkenee tai puuttuu kokonaan (Akson ry. n.d). Suolen liikkeen hidastuminen aiheuttaa ulostemassa läpikulkuajan pidentymistä ja useat kipu- ja antikolinergiset lääkkeet vaikuttavat vatsantoimintaan (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012). Tämä aiheuttaa tavallisimmat ongelmat, kuten ummetusta, vaikeuksia suolen tyhjentämisessä, ulosteinkontinenssia ja vatsakipuja. Näiden ongelmien diagnosointi on hankalaa. (Alaranta ym. 2006, 839-841.) Suoliston toiminnan häiriöt voivat aiheuttaa myös masennusta ja ahdistusta. Huoli siitä, että suolen toimintaa ei pysty säätelemään esimerkiksi julkisilla paikoilla, voi johtaa siihen, että vammautunut ei halua poistua kotoaan. Täyteläisyyden tunne ruokaillessa voi myös tulla nopeammin kuin ennen ja tämä voi johtaa siihen, että vammautunut syö vähemmän kuin normaalisti. (Rodriguez 2015.)

Suolen kuntoutus aloitetaan heti akuuttihoitossa. Spinaalishokkivaiheessa huolehditaan suolen säännöllisestä tyhjentämisestä. Suoli tyhjennetään aina samaan vuorokauden aikaan ja mieluiten kerran päivässä. Vammautumisen jälkeen, ensimmäisien kuukausien aikana, selkäydinvammautuneilla potilailla on suurentunut riski saada maha- suolikannan komplikaatioita. Näitä ovat esimerkiksi suolilaman, mahahaavan tai haimatulehduksen. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.) Vatsantoimintaa voidaan parantaa suunnittelemalla suolentoiminnalle ohjelma. Tämän ohjelman avulla voidaan saavuttaa vatsalle säännöllinen toiminta. Ohjelmassa otetaan muun muassa huomioon selkäydinvammautuneen terveystottumusten lisäksi yksilöllinen vatsantoiminta, ruokailutottumukset, aktiviteetit, vammataso ja suolisto ongelmien kuvaus. Vatsantoiminnan onnistumiseen vaikuttaa neljä osa-aluetta; ajoitus, lääkkeet, suolen tyhjentämiseen käytettävä tekniikka sekä ruokavalio ja nesteet. Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio sekä riittävä nesteiden nauttiminen vaikuttavat ulostemassan koostumuksen positiivisesti. Jokaisen yksilöllinen suolen toiminnan mukainen ajoitus vatsantoimittamiselle on hyvä suunnitella. Tämä voi olla joka päivittäin samaan aikaan tai vaikkapa joka toinen päivä. Vatsantoimittaminen voidaan toteuttaa käyttämällä erilaisia ulostetta pehmentäviä lääkkeitä tai peräruiskeita. (Rodriguez 2015.)

Suolen sisäisten refleksien avulla voidaan helpottaa suolen toimintaa. Tuseerauksella voidaan laukaista peräsuolen tyhjennysrefleksi, tällöin sormin venytetään tai ärsytetään peräsuolta (Akson ry. n.d.). Sormistimuloimisen lisäksi voidaan myös käyttää peräruiskeita. Tällä tavoin onnistutaan lyhentämään suolentyhjentämiseen ja koko vatsantoimittamiseen kulutettava aika ja ulkopuolisen avuntarve vähenee. Laksatiivien käyttö pitää suolen sisällön pehmeänä, jolloin ulostaminen helpottuu ja riski peräpukamien syntymiseen vähenee. Akuutissa vaiheessa suositellaan käytettäväksi mahalaukun ja suolen liikkeitä lisääviä lääkkeitä. Näillä saadaan nopeutettua ulostemassan läpikulkua suolistossa, lisättyä suolen tyhjentämiskertoja ja helpotettua suolen tyhjentymistä. Vuorokaudessa nesteitä suositellaan nautittavan puoli litraa enemmän kuin normaalisti ja riittävästä kuitujen saamisesta on hyvä huolehtia. Selkäydinvammautuneilla kuitujen vaikutus suolen toimintaan on erilainen kuin terveillä. Suolentyhjentymistä voidaan edistää vatsan hieronnalla, lämpimien nesteiden juomisella ja syvään hengittämisellä sekä etukumaralla asennolla. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.) Suolen toimintaan suunnitellun ohjelman avulla voidaan saavuttaa säännöllinen vatsantoiminta, helpottaa ummetusongelmia ja vaikuttaa ulosteen koostumukseen. Suolen säännöllinen tyhjentäminen edistää suoliston terveyttä ja estää mahdollisia suolisto ongelmia, kuten vatsan osittaisia halvausoireita, kroonista närästystä, vatsan ja suoliston haavaumia, peräpukamia, pahoinvointia ja turvotusta. Nämä terveysongelmat vaikuttavat selkäydinvammautuneen elämänlaatuun heikentävästi ja nämä voidaan välttää toteuttamalla vatsantoimintaan suunniteltua ohjelmaa päivittäin. (Rodriguez 2015.)

3.3.5 Lääkkeetön kivunhoito

Selkäydinvaurion akuuttivaiheen kipu tyypillisesti ilmenee kudosvauriokipuna vauriokohdan alueella tai sieltä säteilevänä (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012). Selkäydinvamman aiheuttama neuropaattinen kipu voi ilmetä kahdella eri tavalla. Kipu voi olla selkäydinvaurion tasolla ilmenevää, jolloin siihen liittyy hermojuuren vaurioitumisesta johtuvaa ääreishermoston kipua sekä keskushermostoon liittyvää kipua. Kipu voi ilmetä myös vauriotason alapuolella, jolloin se on keskushermostoon liittyvää kroonista kipua (Kalso ym. 2009, 322). Kroonista kipua ilmenee 18-96% selkäydinvammaisista ja päivittäisestä kivusta kärsii 25% potilaista. Vaikeaa kipua kokee noin puolet selkäydinvammaisista, 20 % vammautuneista kärsii lievästä tai keskivaikeasta kivusta. Kivut häiritsevät päivittäisiä toimintoja noin 30% vammautuneista. (Selkäydinvamma: Käypä

hoito- suositus 2012). Aavesäryn kokeminen on myös hyvin yleistä selkäydinvammapotilailla. Tyypillisesti särky ilmenee tuntemuksena halvaantuneen raajan huonosta asennosta. (Kalso ym. 2009. 322)

Kivut aiheuttavat merkittävää haittaa myös siksi, että ne heikentävät toipumis- ja kuntoutusprosessia. Kipu ei yleensä lievity spontaanisti myöhemmässä vaiheessa. Selkäydinvaurioiden aiheuttaman kivun hoito vaatii usein erityisosaamista. (Selkäydinvamma: Käypä hoito- suositus 2012.) Selkäydinvammapotilaiden konservatiivisessa kivunhoidossa hyödynnetään erilaisia fysioterapian menetelmiä sekä fysikaalisia hoitoja. Täydellisen selkäydinvauriossa suositellaan akupunktiota, kun taas osittaisissa selkäydinvaurioissa TENS -hoito (Transkutaaninen hermostimulaatio) on suositeltavampi kivunhoitomenetelmä. (Arokoski ym. 2015.) Ruotsalaistutkimus on osoittanut, että 63% selkäydinvammapotilaista on käyttänyt konservatiivisia kivunhoitomenetelmiä kokemansa kivun hoitoon (Harvey 2008. 196).

Nykyään fysioterapiassa hyödynnetään erilaisia lämpöhoitoja, esimerkiksi pintalämpöhoitona käytettävää infrapunasäitelyä, lämpöpakkauksia, parafiini-, parafango- sekä saavihoitoja. Syvälämpömenetelmänä käytetään ultraääntä, jonka avulla lämpö saadaan vietyä syvemmälle kudoksiin. Lämmön käyttö kivunhoitomenetelmänä perustuu kudosten verenkierron vilkastumiseen, hiussuonten laajenemiseen sekä kudosten verenkierron lisääntymiseen. Lisäksi lihakset rentoutuvat ja kudosten aineenvaihdunta lisääntyy lämmön ansiosta. (Kalso ym. 2009, 237.) Crowe ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan lämpö on yhtä tehokas kivunlievityskeino kuin lääkitys tai liikunta. Vasta-aiheita lämpöhoidolle ovat ihottuma, tulehdus, kudonsvaurio tai metallinen vierasesine hoidettavalla alueella (Kalso ym. 2009, 238). Selkäydinvammapotilaiden hoidossa lämpöhoitoa on käytetty selkärangan murtuman aiheuttaman kivun hoidossa. Lämpöpakkaukset ovat helpottaneet joidenkin potilaiden kipuja hetkellisesti ja tarjonnut heille yleisen hyvänolon tunteen. (Harvey 2008, 196.)

Kylmähoito on ollut pitkään käytössä turvotusten ja kivun lievityksessä. Sen vaikutus pohjautuu kudoksen lämpötilan alentamiseen, joka rentouttaa lihaksia. Kylmähoidon kipua lievittävä vaikutus perustuu hermojen johtumisnopeuden hidastumiseen. Tavallisimmat kylmähoidon toteuttamistavat ovat kylmäpakkkaus, -pyyhe tai -hieronta ja niiden suositeltava kesto on 20-30 minuuttia. Liian pitkäaikainen kylmähoito saattaa aiheuttaa muun

muassa hermovaurioita. Selkäydinvammapotilailla kylmähoitoa käytetään tyypillisesti myös spastisuuden vähentämiseksi (Kalso ym. 2009, 238-239.)

Hieronta on yksi vanhimmista kivunhoitomenetelmistä ja näin ollen suurimmalla osalla on siitä omakohtaista kokemusta. Hieronnan suosio perustuu toisen ihmisen kosketukseen sekä vuorovaikutukseen. (Kalso ym. 2009, 239.) Hieronta voi olla muodoltaan kipualueen sivelyä, hankausta, puserrusta, taputtelua, täristämistä, ravistelua tai venytystä. (Iivanainen & Syväoja 2013, 83) Hieronnan on todettu vähentävän kipua porttiteorian avulla. Teorian mukaan ohuiden hermosäikeiden aktivoimisen seurauksena ”portti aukeaa” ja T-solut aktivoituvat, jolloin hermoimpulssi siirtyy selkäytimestä aivoihin ja kipuaistimus syntyy. Paksujen hermosäikeiden aktivaatio puolestaan estää kipusignaalin kulun, jolloin portti sulkeutuu. Toisin sanoen, kivulioiden alueiden hierominen saattaa lievittää kipua, sillä kosketusärsyke lisää paksujen hermosäikeiden aktivaatiota ja näin ollen estää kipuaistimuksen syntymistä. (Pesco, Chosa, Tajima 2006.) Hieronnan tarkoituksena yleensä on pehmittää kireitä ja jännittyneitä kudoksia. Selkäydinvammapotilaiden hieronnassa on kuitenkin muistettava, että hieronta saattaa pahentaa spastisuutta keskushermostoperäisen halvauksen vuoksi. (Kalso ym. 2009, 240.)

TENS eli transkutaatinen sähköinen hermosimulaatio on selvästi käytetyin sähköinen kivunhoitomenetelmä (Kalso ym. 2009, 241). TENS -hoidossa käytettävästä laitteesta lähtee sähköinen ärsyke hermokipupäätteisiin. Näiden hermopäätteiden ärsytys pitäisi estää kipuärsyksen etenemistä selkäytimestä aivoihin. (Arokoski 2016.) TENS- hoidon vaikuttavuutta on tutkittu paljon ja tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Näiden perusteella ei ole kyetty laatimaan täsmällistä ohjeistusta TENS -hoidon toteutukseen. (TENS kroonisessa alaselkäkivussa: Käypä hoito -suositus 2014.) Hoidon käyttö on kuitenkin todettu melko turvalliseksi, eikä sen ole havaittu aiheuttavan merkittäviä haittoja. Sydäntahdistinpotilaiden ei kuitenkaan tule käyttää TENS -hoitoa osana kivunlievitystä. Ihorikot kohdissa, joihin elektrodit kiinnitetään, ovat myös vasta-aihe hoidon toteutukselle. (Kalso ym. 2009, 231.) TENS -hoitoa suositellaan tutkimusten perusteella enemmän kroonisesta kivusta kärsiville kuin äkillisestä, kovasta kivusta kärsiville (Gladwell ym. 2015). Hoidon vaikuttavuutta onkin tutkittu eniten polven nivelrikkoa sairastavien ja kroonisesta alaselkäkivusta kärsivien potilaiden keskuudessa (Kalso ym. 2009, 231-232.)

Akupunktio on alkujaan Kiinasta lähtöisin oleva kivunlievitysmuoto, joka on sittemmin tullut osaksi myös länsimaalaista lääketiedettä (Kalso ym. 2009, 241). Akupunktiossa

asetetaan 8-20 hiuksenohutta neulaa ihon alle. Yhden akupunktiohoidon pituus vaihtelee 10-40 minuutin välillä ja hoitoja toistetaan 3-10 kertaa. (Miranda 2016, 199.) Hoitokertoja on tyypillisesti 1 tai 2 viikossa (Kalso ym. 2009, 241). Akupunktio perustuu akupisteisiin, meridiaaneihin, jotka kiinalaisen ajattelun mukaan ovat näkymättömiä väyliä. Neulottelun ansiosta pystytään vaikuttamaan energiavirtauksiin. Mikäli jokin väylistä on tukkeutunut, oireilee se kipuna. (Miranda 2016, 200.) Neulat asetetaan herkkiin ja aristaaviin kohtiin, niin sanottuihin triggerpisteisiin. Hoidon aikana myös stimulaatio on mahdollista, esimerkiksi neuloja pyörittelemällä tai väräyttelemällä. Lisäksi neuloihin voidaan kytkeä myös matalataajuinen sähkövirta (ALTENS). (Kalso ym. 2009, 241.) Jonkin verran on näyttöä siitä, että akupunktion yhdistäminen tavanomaisempiin hoitomuotoihin auttaa kivun lievityksessä ja toimintakyvyn paranemisessa samassa määrin kuin tavanomaiset hoitomuodot yksinään. Kroonisesta alaselkäkivusta kärsivien potilaiden kipua lievittyi keskimäärin 32% VAS-janalla arvioituna. (Akupunktio kroonisessa alaselkäkivussa: Käypä hoito -suositus 2014.) Akupunktion vaikutusta aivojen toimintaa on voitu todistaa aivojen positroniemiisiotomografian (PET) sekä funktionaalisen magneettikuvauksen avulla. Kuvantamistutkimusten avulla on akupunktion todettu vaikuttavan dopaminergisten ja serotoninergeisten reseptoreiden toimintaan aivorungon ja aivojen basaaliosien alueella. Kuitenkaan välittäjäaineiden toimintaa tai yleistä vaikutusmekanismia ei ole vielä selvillä. (Kalso ym. 2009, 241.)

Musiikin tiedetään vaikuttavan ihmiseen henkisesti, tunneperäisesti ja hengellisesti. Näitä vaikutuksia ja sen etuja kivunhoitona on tutkittu aina raamatullisista ajoista lähtien. Suuri määrä tutkimuksia on osoittanut, että musiikki vähentää kivun kokemusta. Tämä todennäköisesti johtuu endofiinin vapautumisesta sekä katekoliamiinitasojen vaihteluista aivoissa, kun potilaan huomio väistyy kivun ajattelusta esimerkiksi musiikin tuomien mui-
tojen ajattelemiseen. Musiikki auttaa myös rentoutumaan. (Holden & Holden 2013.) Vaajoki (2012) tutki väitöskirjassaan vatsaleikkattujen potilaiden kokemuksia kivusta heti leikkauksen jälkeisinä päivinä. Musiikin vaikuttavuutta kipuun arvioitiin tutkimuksessa fysiologisten mittausten avulla. Näitä olivat muun muassa verenpaine, syke ja hengitysfrekvenssi. Tutkimus toteutettiin koeryhmä-kontrolliryhmä asetelmana. Tulosten perusteella musiikin vaikutus fysiologisiin suureisiin oli huomattava. Hengitysfrekvenssi sekä verenpaine olivat merkittävästi alhaisempia niillä potilailla, jotka kuuntelivat musiikkia ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tulokset osoittivat, että pidemmälläkin aikavälillä musiikin kuuntelulla oli edullisia vaikutuksia esimerkiksi potilaan verenpaineeseen. (Vaajoki 2012.) Vuonna 2016 julkaistu intialaistutkimus osoittaa samankaltaisia

tuloksia kuin Vaajoki (2012) väitöskirjassaan: Musiikin kuuntelun ansiosta syöpäsairaat potilaat arvioivat kipuaan alhaisemmalla pistemäärällä. (Priyadharshini & Shoba 2016.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusongelma ja tutkittava ilmiö määrittelevät sen, millaisilla menetelmillä niitä kannattaa lähestyä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on peruspiirteiltään tulkitsevaa tai ymmärtävää. Tiedekäsitys, jossa asioita tai ilmiöitä tarkastellaan luonnollisessa yhteydessään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan siten keskittyä tavoittamaan todellisuus kokemuksen kautta, jolloin voidaan ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia sekä todellisuutta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 19-20.)

Kyseessä on tieteellinen tutkimus ja menetelmä, jonka avulla selvitetään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia sekä merkitystä kokonaisvaltaisesti. Tutkimus on mahdollista toteuttaa useilla erilaisilla menetelmillä. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tähän opinnäytetyöhön on valikoitunut ihmisten kokemuksia tutkiva fenomenologinen tutkimustapa. Fenomenologinen tutkimus tuottaa tietoa hoitamisesta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja hoitamaan oppimisesta. Hoidettavana olevien kokemuksista ja kokemusten merkityksistä tuotetusta tiedosta saadaan tärkeää tietoa hoitamisesta ja sen perusteista. (Janhonen & Nikkonen 2001, 116-122.)

Aineiston hankinta toteutetaan fenomenologisessa tutkimuksessa harkinnanvaraisesti. Tutkimukseen valitaan henkilöitä, jotka suostuvat tutkimuksen kohteeksi ja kenellä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt kertovat omin sanoin kokemuksistaan liittyen tutkittavaan ilmiöön. Kokemus ymmärretään merkityksenä joka voi ilmetä tietona, tunteena tai muunlaisena laadullisena kokemuksen sisältönä. Tutkija pyrkii fenomenologista tutkimusta tehdessään, tavoittamaan ja ilmaisemaan toisten ihmisten kokemuksia, hyvin pitkälti niin kuin toiset ihmiset ne kokevat. Tutkimuksen haastatteluun osallistuvien valinta perustuu koettujen merkitysten tavoittamiseen ja yhteisten kokemussisältöjen löytymiseen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 126-127.)

Tutkimusaineiston kerääminen perustuu tutkimusongelmaan tai tehtävään. Laadullisen tutkimuksen aineisto hankitaan tyypillisesti haastatteluin, havainnoimalla, kyselyillä tai erilaisiin asiakirjoihin perustuvalla tiedolla. Haastattelutyyppi määrittelee sen, kuinka

strukturoidusti eli järjestelmällisesti haastattelija keskustelee haastateltavan kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

4.2. Aineiston keruu

Tähän opinnäytetyöhön on valikoitunut ihmisten kokemuksia tutkiva fenomenologinen tutkimustapa. Fenomenologisessa tutkimuksessa tiedon keruu tapahtuu puoliavointa tai avointa haastattelua, vapaamuotoista esseitä tai muita kirjoituksia käyttäen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 126-127.) Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee ennalta valittujen teemojen sekä näitä teemoja silmällä pitäen laadittujen tarkentavien kysymysten varassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-75). Teemahaastattelun tarkoituksena on huomioida ihmisten tulkintoja. Haastateltavat saavat puhua vapaasti, mutta etukäteen valitut teemat keskustellaan jokaisen haastateltavan kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin haastatteluin ja kyseessä on puolistrukturoitu eli teemahaastattelu, joka toteutettiin sekä ryhmä että yksilöhaastatteluina. Ryhmähaastattelun etuna on, että ryhmän jäsenten vastaukset vievät keskustelun teemaa eteenpäin. Haastatteluun osallistuvat pääsevät tarkentamaan ja kommentoimaan omia puheenvuorojaan. Ryhmähaastattelun tarkoituksena on keskustella siitä, kuinka haastateltavat ymmärtävät joitakin asioita, kuinka he suhtautuvat tiettyihin asioihin ja millaisia kokemuksia heillä on. (Virsta. n.d.) Haastattelu voi olla vapaamuotoinen ja väljä, jolloin se voi olla avoimen yksilöhaastattelun kaltainen ja edetä ryhmän toiminnan mukaan. Haastattelu voi olla myöskin hyvinkin rajattu ja ohjattu, jolloin haastattelu perustuu selkeisiin kysymyksiin ja keskustelua ohjaavan henkilön keskeiseen asemaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 84-86.)

Ryhmähaastattelu tutkimuksen tiedonkeruu menetelmänä vaatii tutkijoilta tietämystä ryhmädynamiikasta ja ryhmässä tapahtuvasta vuorovaikutuksen hallinnasta. Haastattelutilanteessa tapahtuva ryhmädynamiikka voi aiheuttaa sen, että joku haastateltavista alkaa hallita haastattelua, jolloin joku haastateltavista jää helposti syrjään. (Virsta. n.d.) Ryhmätilanteissa saadaan kuitenkin esille tavallista haastattelua moniulotteisempi kuva käsitelystä teemasta. Osallistujien keskeinen vuorovaikutus, ryhmässä tapahtuva ajatuksien kehittäminen ja toisten mielipiteiden haastaminen, tuo haastatteluun uusia ulottuvuuksia

ja merkityksiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 84-86.) Haastattelijan tehtävänä onkin kontrolloida keskustelua, mutta ei manipuloida sitä. Haastatteliija pitää huolen, että keskustelu pysyy annetussa teemassa ja jokainen ryhmän jäsen pääsee avoimesti ilmaisemaan omat käsityksensä ja mielipiteensä teemasta. (Virsta. n.d.)

Tätä opinnäytetyötä varten järjestettiin neljä haastattelua kolmella eri osastolla, joista kaksi toteutettiin ryhmähaastatteluna ja kaksi yksilöhaastatteluna. Osastoista kaksi oli keskittynyt selkäydinvammapotilaiden akuuttivaiheen hoitoon ja yhden osaston hoitotyön pääpaino oli selkäydinvammapotilaiden kuntouttavassa hoitotyössä. Haastattelujen kesto vaihteli reilusta puolesta tunnista tuntiin. Tutkimukseen osallistui yhteensä 7 sairaanhoitajaa, joilla tuli olla mahdollisimman paljon kokemusta selkäydinvammapotilaiden hoidosta. Keskimäärin työkokemusta sairaanhoitajan ammatista oli 14 vuotta ja kyseisellä osastolla työskentelystä 9,5 vuotta. Muutamalla sairaanhoitajalla oli aikaisempaa kokemusta hoitotyöstä perushoitajan tai lähihoitajan tehtävissä. Haastatteluun osallistuneet hoitajat valikoituivat tutkimukseen osastonhoitajien toimesta. Opinnäytetyön tutkimus vaati haastateltavilta tietoisuuden suostumuksen, jonka hoitajat allekirjoittivat haastattelutilanteessa (Liite 2.). Opinnäytetyön haastattelut tekivät opinnäytetyötä tekevät opiskelijat. Opinnäytetyön tekijät osallistuivat yhdessä haastateltavien kanssa käytyyn keskusteluun esittäen tarkentavia kysymyksiä. Puolistrukturoidun haastattelun tavoin kysymykset oli suunniteltu etukäteen ja kaikille haastatelluille esitettiin samat kysymykset (Liite 3.). Haastattelutilanteessa toinen opiskelijoista toimi päähaastattelijana ja toinen osallistui havainnoimalla ja tarkentavia kysymyksiä esittäen. Haastattelut taltioitiin digitaalisella sanelulaitteella ja älypuhelimien nauhoitussovelluksella. Haastatteluiden yhteen laskettu kesto oli kaksi tuntia.

4.3. Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa perusprosessina on sisällönanalyysiprosessi, jolla voidaan analysoida suullista tai kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka kautta voidaan tarkastella tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi perustuu kommunikaatioprosessien ja kommunikaatioteorioiden tutkimukseen. Riippuen siitä mitä kommunikaation elementtejä korostetaan, sisällön analyysia voidaan käyttää eri tavoin. Olenaisista on, että tutkimusaineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tavoitteena

on kerätyn aineiston tiivistäminen niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleis­ tävästi kuvailla tai ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Janhonen & Nikko- nen 2001, 21-23.)

Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida monin eri menetelmin. Tyypilli- simmin mainitaan induktiivinen ja deduktiivinen analyysi. Erottelu perustuu siihen, millä periaatteella päättely on tehty. Induktiivisessa analyysissä yksittäisiä havaintoja pyritään yleistämään ja deduktiivisessa analyysissä yleisiä päätelmiä johdetaan yksittäisiin ta- pauksiin. Aineiston analysointi voidaan jakaa myös aineistolähtöiseen, teoriasidonnai- seen sekä teorialähtöiseen analyysiin, jonka avulla analyysin tekoa ohjaavia tekijöitä on mahdollista huomioida paremmin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Jyväskylän yliopisto 2015.)

Aineistolähtöinen analyysi perusajatukseltaan pyrkii luomaan tutkimusaineistosta teo- reettista kokonaisuutta. Teoriaohjaava analyysi koostuu aineistolähtöisestä analyysistä sekä valmiista malleista, joita tutkija pyrkii yhdistelemään toisiinsa. Teorialähtöistä ana- lyysiä pidetään perinteisenä analyysimallina, joka esiintyy usein etenkin luonnontieteel- lisissä tutkimuksissa. Koko tutkimus perustuu tietylle teorialle eli tutkimuksen kohteena oleva ilmiö tulisi määritellä jonkin ennalta tiedetyn mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluin kerätty tutkimusaineisto on analysoitu aineistoläh- töistä sisällönanalyysiä hyödyntäen, sillä tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien koke- muksia selkäydinvammapotilaan konservatiivisesta hoidosta ja siihen liittyvästä osaami- sesta. Analyysi on samalla induktiivista, sillä tutkimusaineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään. Miles ja Huberman (1994) ovat kuvanneet aineistolähtöistä induktiivista analyysiä kolmivaiheiseksi: 1) Aineisto redusoidaan eli pelkistetään, 2) aineisto kluste- roidaan eli ryhmitellään ja 3) aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Opinnäytetyön analysointiprosessi alkaa nauhoitettujen haastatteluiden litteroinnilla eli puhtaaksi kirjoittamisella sana sanalta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä haastattelut litteroitiin sanatarkasti kokonaisuudessaan. Haastattelujen litterointi kesti yhteensä 15 tuntia ja 45 minuuttia, aineistoa kertyi yhteensä 32 A4 arkkia.

Litteroidut haastattelut yksilöitiin siten, että opinnäytetyön tekijöiden oli mahdollista palata aineistoon myöhemmin.

Litteroinnin jälkeen tehdään aineiston pelkistäminen, jossa auki kirjoitetusta aineistosta on tarkoitus karsia kaikki tutkimustehtävän kannalta epäolennainen pois. Aineiston klusterointi eli ryhmittely puolestaan pitää sisällään aineiston jaottelun sekä samankaltaisuuksiin että eroavaisuuksiin. Toisin sanoen, litteroitu aineisto luokitellaan niiden samankaltaisuuden mukaan ja jokainen luokka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittely mahdollistaa aineisto tiivistämisen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.) TAULUKKO 1 havainnollistaa pelkistämisen tässä opinnäytetyössä.

TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>"No kyllä se on semmone kokonaisuus..kun potilas kuntoutuu koin et mä oon tehny sen koko tän ryhmän kanssa ja onnistunu ja ne on kyllä onnistumisen tunteita..."</i>	Potilaan kuntoutuminen hoitajien yhteistyöllä.

Ryhmittelyn jälkeen opinnäytetyöhön saatu aineisto abstrahoidaan, jonka tarkoituksena on valikoida tutkimukseen vain olennainen tieto, jonka perusteella muodostuu teoreettiset käsitteet. Näin ollen aineiston ryhmittelyn on katsottu olevan osa abstrahointia. Aineiston abstrahointia on tarkoitus jatkaa niin pitkään kuin aineiston sisältö sen mahdollistaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009. 111.) Tässä opinnäytetyössä alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistetyistä ilmauksista luotiin alaluokat. Alaluokkien muodostamisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin vielä yläluokiksi, joista muodostui tämän opinnäytetyön tulosten kannalta merkitykselliset pääkäsitteet (TAULUKKO 2). Tätä opinnäytetyötä varten tehty ryhmittely ei mahdollistanut pääluokkien muodostamista yläluokkien vähäisyyden vuoksi. (Liite 5).

TAULUKKO 2. Aineiston ryhmittely

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Konservatiivinen hoito käsittää useita osa-alueita.	Kokonaisvaltainen ja monipuolinen hoitotyön toteuttaminen.	Kokonaisvaltainen hoitotyö.
Hoidon eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa.		
Konservatiivinen hoito kokonaisuutena.		
Hoitajien toiminta pitkäjänteistä ja hoito toteutuu hyvin kaikilla osa-alueilla.		
Eritystoimintaan liittyvät hoitotoimet.	Eritystoiminnasta huolehtiminen.	Ammattitaitoinen henkilöstö.
Eritystoiminnan tärkeyden huomiointi.		
Säännöllinen vatsantoimitus.		
Hyvä konservatiivisen hoidon taso.		
Tieto-taitoa on hoitajilla tarpeeksi		
Käytetään tutkittua tietoa hoitotyön pohjana ja hoitopäätöksiä tehdessä		
Sairaanhoitajien laaja osamisrepertuaari.		
Säännöllinen kivunhoito ja -arviointi.		

5 TULOKSET

Tätä opinnäytetyötä varten tehdyn laadullisen tutkimuksen tulokset raportoidaan opinnäytetyön tehtävien mukaisesti. Otsikoiksi muodostuivat näin ollen sairaanhoitajien kokemukset selkäydinvammapotilaiden hyvästä konservatiivisesta hoidosta, konservatiiviseen hoitoon liittyvistä haasteista sekä koulutustarpeista.

5.1. Sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaista on selkäydinvammapotilaiden hyvä konservatiivinen hoito

Tulosten analysoinnin perusteella sairaanhoitajien kokemuksista liittyen hyvään konservatiiviseen hoitoon muodostui kolme yläluokkaa. Näitä ovat kokonaisvaltainen hoitotyö, moniammatillinen yhteistyö ja toimiva työyhteisö. Tulokset on esitelty muodostuneiden yläluokkien mukaan.

Kokonaisvaltainen hoitotyö

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että kokonaisvaltainen ja monipuolinen hoitotyön toteuttaminen on yksi hyvän konservatiivisen hoidon kulmakivistä. Konservatiivista hoitoa tulisi katsoa suurena kokonaisuutena, joka on useamman tekijän summa. Mikäli kaikkiin konservatiivisen hoidon osa-alueisiin ei kiinnitetä samalla tavalla huomiota, voi hoidon laatu kärsiä ja se puolestaan heikentää potilaan vointia.

Kaikki on jo, sitten jos. Joku asia ei toimi nii kyllähä se sitte vaikuttaa niihi moneen muuhunkin asiaan ja ihan siihe kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Selkäydinvammapotilaiden eritystoimintaan liittyy yleensä erilaisia ongelmia vammata-sosta riippuen. Ongelmien ilmenemismuodot myös vaihtelevat edellä mainitusta syystä johtuen. Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että hyvään hoitoon kuuluu eritystoinnista huolehtiminen, mikä puolestaan käsittää säännöllisen vatsantoimituksen ja katetroinnit. Katetrointeja joudutaan toteuttamaan lähes jokaisella selkäydinvammapotilaalla.

Meidän hyvään hoitoo kuuluu sitte ehdottomasti nää vatsantoimitus ja sitte katetroinnit, jos virtsa ei kulje normaalisti.

Haastateltavilla osastoilla koettiin, että heidän konservatiivisen hoidon taso on yleisesti ottaen hyvä. Sairaanhoitajat kokivat, että henkilöstö on konservatiiviseen hoitoon valveutunutta ja ammattitaitoista. Hoitoa osataan toteuttaa monipuolisesti, jokainen osa-alue huomioiden.

Me hoidetaan nää potilaat hyvin ja tällä osastolla se kyllä toteutuu hyvin kaikilla osa-alueilla.

Etenkin selkäydinvammapotilaiden akuuttihoitoon erikoistuneet yksiköt kokivat, että hengityksen hoito osana kokonaisvaltaista hoitotyötä oli heillä vahvasti hallinnassa. Sairaanhoitajat kuvasivat hengityksen tukemisen olevan osa heidän ammattitaitoaan. Hengitykseen liittyvät ongelmat hoidetaan rutiinilla, oli kyseessä mikä potilasryhmä tahansa.

Hengityspuolen asiat sujuu kaikilta erinomaisesti, koska se on meidän ammattitaitoo.

Moniammatillisuus

Moniammatillisuus oli yksi suuri teema, joka haastatteluissa nousi vahvasti esille kautta linjan. Konservatiivisen hoidon perustana pidettiin moniammatillista yhteistyötä. Sairaanhoitajat kertoivat työskentelevänsä tiiviissä yhteistyössä usean eri terveydenhuollon ammattiryhmän kanssa. Lisäksi he kokivat saavansa tukea muilta ammattilaisilta konservatiivisen hoidon toteuttamiseen. Tiimiytymistä ja yhteisiä päämääriä pidettiin tärkeänä konservatiivisen hoidon onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajat kertoivat tekevänsä tiivistä yhteistyötä muun muassa psykiatrisen erikoisalan ammattilaisten, puheterapeuttien lääkäreiden ja kipuhoitajien kanssa.

Meillä on tiimissä samat päämäärät ja tavoitteet.

Moniammatillisen yhteistyön osalta sairaanhoitajat korostivat etenkin ravitsemusterapeuttien ja fysioterapeuttien kanssa tehtyä yhteistyötä. Ravitsemusterapeuteilta sairaanhoitajat kokivat saavansa hoidon kannalta erityisen tärkeää ohjausta ravitsemukseen liittyen, samalla, kun puheterapeutti arvioi nielun ja nielemisen tilanteen. Nämä kaksi ammattiryhmää yhdessä mahdollistavat hyvän perustan turvalliselle ravitsemushoidolle.

Puheterapeutti arvioi nielemistä ja tietenki antaa meille siitä ohjeita.

Fysioterapeuteilta pyydettiin herkästi apua esimerkiksi hengityksen tukemiseen liittyvässä hoitotyössä. Lisäksi fysioterapeutit perehdyttivät omalta osaltaan uusia työntekijöitä konservatiivisen hoidon toteuttamisessa. Sairaanhoitajat kokivat erityisen tärkeinä pidemmän ajanjakson ohjeistukset, joita fysioterapeutit antoivat esimerkiksi tulevien viikonloppujen osalta. Fysioterapeutit avustavat sairaanhoitajia myös selkäydinvammapotilaiden asentohoidoissa ja käännoissä.

Tottakai fyssari ohjeistaa meitä ja mite sit jatketaan seuraavassa vuorossa ja mitä sit viikonlopun yli ja näin.

Toimiva työyhteisö

Toimivan työyhteisön kannalta tärkeiksi asioiksi sairaanhoitajat mainitsivat hoitajien tasalaatuisen hoidon toteutuksen. Tämä tarkoitti sitä, että jokainen hoitaja suorittaisi hoitotoimet samalla tavalla niin, ettei jokin tietty osa-alue jäisi mielenkiinnon puutteen vuoksi vähemmälle huomiolle. Sairaanhoitajat kertoivat, että mielenkiinto ja tietämys selkäydinvammapotilaiden konservatiivisesta hoidosta nostivat hoidon laatua.

Jos on mielenkiintoa ja tietämystä hoitaa, niin silloin toteutuu hyvä hoito.

Haastatteluissa ilmeni, että yksi hyvän konservatiivisen hoidon kulmakivi on sairaanhoitajien keskinäinen yhteistyö. Sairaanhoitajien olisi kyettävä keskustelemaan hoitoon liittyvistä asioista ja tarvittaessa kysymään neuvoa työkaverilta. Yhteiset konservatiivisen hoidon päämäärät koettiin myös tärkeiksi ja niiden saavuttaminen ryhmän voimin lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Työryhmässä tulisi olla myös yhteiset pelisäännöt uusien työntekijöiden perehdyttämiselle, jonka perusteella uusi sairaanhoitaja osaisi hahmottaa

konservatiiviseen hoitoon liittyvän kokonaisvaltaisuuden. Hyväksi perehdyttäjäksi miellettiin työntekijä, jolla on kokemusta selkäydinvammaisten parissa työskentelystä. Hoitajien mukaan uusilla työntekijöillä on monesti laaja tietous hoitotyöstä ja tekninen suorittaminen onnistuu hyvin, mutta selkäydinvammautuneiden hoitotyön moninaisuuden sisäistäminen vei oman aikansa. Tällä hyvä konservatiivinen hoito voidaan varmistaa sairaanhoitajan työkokemuksesta riippumatta.

Vastuuhoitaja on kokenu ja se on sun työparina siinä sen vuoron, että työt tehdään ohjeistettuna.

Veikkaan että se on hoitajakohtaista..nuoret hoitajat on hyviä, mutta usein aika menee moneen muuhun asiaan..sillon jää osa jutuista pois kun ei aika riitä..priorisointi olis tärkeä.

Hoitajien kokemus varmistaa hyvän konservatiivisen hoidon ja on näin ollen tärkeä osa toimivaa työyhteisöä. Painotus selkäydinvammapotilaiden hoidossa vaihtelee melko paljon sen mukaan, kuinka tuore sairaanhoitaja on kyseessä. Vasta työnsä aloittanut ei ehkä kykene samalla tavalla katsomaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja näin ollen priorisoimaan työnsä tekoa. Lisäksi kokeneet sairaanhoitajat kertoivat, että konservatiivisen ja yksilövastuullisen hoitotyön sisäistäminen vie aikaa, eikä sitä opita ensimmäisten viikkojen aikana. Sairaanhoitajat mainitsivat lisäksi, että osa hyvää hoitoa on se, ettei potilaiden puolesta tehdä kaikkea. Selkäydinvammapotilaiden kuntoutus alkaa jo tehohoitovaiheessa ja koko hoitoketjun läpi hoitajien tulisi muistaa antaa potilaan itse tehdä kaikki se, mihin hän suinkin on kykeneväinen.

Niinku sisäistäminen, et mä en tee kaikkea sen puolesta, vaan että se kuntoutuja tekee sen mikä hän ikinä vaan pystyy tekemään.

5.2. Osa-alueet jotka sairaanhoitajat kokevat haastaviksi konservatiivisessa hoitotyössä.

Luokittelun pohjalta muodostui kuusi yläluokkaa asioista joita sairaanhoitajat pitivät haastavina selkäydinvammautuneen potilaan hoitotyössä. Nämä luokat jakautuivat henkiseen kuormittuvuuteen, potilaasta johtuviin haasteisiin, kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumisen haasteisiin, fyysisen kuormittuvuuden haasteeseen, hoitajasta johtuviin haasteisiin sekä hoitajan ja potilaan välisiin kommunikoinnin haasteisiin. Tulokset on käsitelty yläluokkien otsikoiden mukaisesti.

Henkinen kuormittavuus hoitotyössä

Haastatteluissa kävi ilmi, että yksi suurimmista haasteista konservatiivisen hoidon toteutumisessa ei ollut niinkään erilaisten hoitotoimien konkreettinen suorittaminen, vaan henkinen tukeminen ja potilaalle positiivisen tulevaisuuden kuvan luominen. Hoitajat kertoivat oman henkisen jaksamisen olevan koetuksella, varsinkin hoidettaessa erittäin vaativia selkäydinvammautuneita potilaita. Selkäydinvammapotilaat eivät akuuttivaiheessa täysin vielä ymmärrä tilannettaan. Ymmärrys kasvoi vasta kuntoutusvaiheessa. Akuuttivaiheen hoitajat kokivat, että haasteita toi realistisen tulevaisuuden kuvan luominen ja tilanteen ymmärryksen lisääminen. Haastavaa oli löytää oikeat sanat niin, että vammautunut ymmärsi mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Kuntoutusvaiheessa keskusteluyhteys löydettiin helpommin, mutta haasteita loi positiivisen tulevaisuuden kuvan luominen ja kuntoutumisessa jaksamisen tukeminen.

No mä ehkä koen potilaan tukemisen tai miten sen nyt sanoisin, ei se hankalaa ole mutta haastavaa. Koska onhan se hirvee shokki ja järkytys potilaalle.

Se miten sä pystyt häntä tukemaan ja tsemppaamaan, se on hyvin vaikeeta.

Potilaasta johtuvat haasteet konservatiivisen hoidon toteutumiselle

Hoitajien omien kokemusten mukaan selkäydinvammautuneeksi päätyneillä ihmisillä on usein taustalla päihderiippuvuutta tai mielenterveydellisiä ongelmia. Hoitajat kokivat, että kyseinen potilasryhmä on erittäin vaativa ja haastava hoitajan henkisen jaksamisen

kannalta. Väsyminen kyseisen potilasryhmän vaativuuteen johti välinpitämättömyyteen ja mielenkiinnon puutteeseen tehdä enemmän kuin tarpeen. Hoitotoimet suoritettiin ammattimaisesti, mutta mielenkiinto tietää syvällisemmin ongelmien syistä ja potilaan historian huomioiminen, oli vähäistä. Osa hoitajista koki, että tämä mielenkiinnon puute johti siten selkäydinvammapotilaiden ahdistuksen lisääntymiseen ja sitä kautta myös heidän vaativuutensa potilaana kasvoi.

Nää on henkisesti raskaita potilaita, sieltä löytyy aikaisempaa ongelmaa jo mielenterveyden puolelta ja päihdekäyttö taustaa. Ne vaikuttaa sitten siihen persoonallisuuteen ja vaativuuteen sitten.

Haastatteluista kävi ilmi, että haasteena asentohoidon onnistumiselle ja toteutumiselle oli vammautuneen ruumiinrakenne ja vammataso. Suurikokoiset ja korkean vammatason saaneiden selkäydinvammautuneiden asentohoito oli hoitajille fyysisesti raskasta. Korkea vammataso aiheutti täyden liikuntakyvyttömyyden, jolloin hoitajien täytyi tehdä kaikki liike vammautuneen puolesta. Täydellinen liikuntakyvyttömyys loi myös vaikeuksia löytää asentoa, jossa vammautunut kokisi olonsa hyväksi.

Totta kai, jos potilas ei pysty ollenkaan liikkuttamaan raajoja, niin joskus voi olla hankalaa että vaikka kuinka yritetään asentohoitaa, niin ei löydy sellaista asentoa missä hän kokisi että on hyvä.

Kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumisen haasteet

Liian pieni henkilöstömäärä osastolla toi haasteita kokonaisvaltaisen toteutumiseen. Selkäydinvamma potilaat tarvitsevat yleensä kaksi hoitajaa toteuttamaan hoitoa. Liian pieni henkilöstömäärä aiheutti haasteita kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiselle, vain perustarpeet pystyttiin tyydyttämään. Hoitajat kokivat, että aikaa ei ollut tarpeeksi hoitaa niin hyvin kuin he olisivat toivoneet. Kiire osastolla aiheutti sen, että henkilöstö joutuu karsimaan hoitotoimia, kuten pyörätuoliin nostamisesta. Nämä hoitotoimet edistäisivät vammautuneen kuntoutumista ja parantaisivat elämänlaatua. Suihkuun viemistä jouduttiin siirtämään, eikä hoitajilla ollut aikaa antaa tarpeellista henkistä tukea. Hoitajien oma kokemus oli, että selkäydinvamma potilaat tarvitsivat enemmän henkistä tukea ja vierellä oloa, varsinkin ensimmäisten viikkojen aikana vammautumisestaan.

Selkäydinvammapotilaat vaativat paljon ja tottakai se kostaustuu heti jos on liian vähän henkilökuntaa, niin se sitten näkyy siinä kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Kuntouttaminen ja erilaisten toimenpiteiden suorittaminen vaativat hoitajalta kokemusta ja tietämystä selkäydinvammapotilaista. Tämän vuoksi oli vaikeaa osoittaa uudelle työntekijälle tai osastolle tulevalle sijaiselle selkäydinvammautunutta potilaaksi. Varsinkin, jos aikaisempaa kokemusta ei kyseisestä potilasryhmästä ollut. Hoitajat kokivat, että liiallinen kiire hoitotoimien suorittamisessa aiheutti haittaa niin konservatiivisen hoidon toteutumiseen kuin selkäydinvammapotilaan kuntoutumiseen. Uusia hoitajia arvostettiin, mutta heidän töiden priorisointitaidot olivat puutteellisia. Haastatteluissa kävi ilmi, että sairaanhoitajien mielenkiinto kouluttautua ja lisätä omaa tietouttaan selkäydinvammaisten hoitotyöstä oli vähäistä. Mielenkiintoa oli yritetty lisätä erilaisin keinoin ja koulutuksia tarjota.

On yritetty koulutuksilla lisätä mielenkiintoa näitä potilaita kohtaan, se ei oo lisänny sitä halua hoitaa niitä.

Fyysisen kuormittavuuden tuomat haasteet

Hoitotoimenpiteitä tehdään paljon selkäydinvammapotilaille ja ne ovat usein fyysisesti raskaita toteuttaa. Kaikki päivittäiset toiminnot on tehtävä toisen puolesta liikuntakyvyttömyydestä johtuen. Perushoito, kuten suihkuttaminen, pukeminen ja pyörätuoliin siirto, olivat fyysisesti raskaita hoitajille. Hoitajat mainitsivat, etteivät aina muista huolehtia omasta ergonomiastaan, vaan ajattelevat tekevänsä nopeasti työn loppuun. Huonot työasennot toistuvat työpäivän aikana, mikä lisäsi työn kuormittavuutta. Selkäydinvammapotilaan ruumiinrakenne ja korkea vammantaso lisäsivät fyysistä rasittavuutta.

Sä oot huonossa asennossa monesti kaheksan tunnin aikana, joka lisää kuormittavuutta.

Kaikki pitää tehdä toisen puolesta. Ei auta kuin hyvässä kunnossa ite oot fyysisesti.

Hoitajasta johtuvat haasteet

Haastatteluissa kävi ilmi, että ravitsemuksen toteuttamisessa ja kartoittamisessa oli haasteita osastoilla. Selkäydinvammapotilas ei yleensä pysty vammautumisen jälkeen syömään suun kautta mitään. Nielemisrefleksi ei toimi varsinkaan alkuvaiheessa ja se luo suuren aspiraatoriskin. Puheterapeutin ja ravitsemusterapeutin konsultaatiota käytettiin kaikilla osastoilla aktiivisesti, jolloin ohjeet oikeanlaiseen ravitsemukseen sekä nielun tilanne olivat hoitajien tiedossa. Haastatteluissa nousi esille, ettei näitä ohjeita aina noudatettu, eikä syitä tähän osattu sanoa. Osittain syynä arveltiin olevan totutut tavat, joiden perusteella esimerkiksi vettä oli mahdollista antaa selkäydinvammapotilaalle. Kuntoutumisen edetessä nielun tilanne paranee monella selkäydinvammapotilaalla, jolloin ravitsemus onnistuu suun kautta. Haastatteluissa kävi ilmi, että ravitsemustilaa kartoitettiin hyvin vähän osastoilla ja moni selkäydinvammapotilas kärsii aliravitsemuksesta. Ravitsemusohjeet annettiin kaikille potilaille ja niitä noudatettiin, mutta painon seuranta tehtiin hyvin heikosti osastoilla. Punnitseminen oli vähäistä ja hoitajien mukaan sitä pitäisi toteuttaa säännöllisemmin, myös ravitsemusohjeiden noudattamiseen toivottiin tarkkuutta. Haastatteluissa nousi hyvin vahvasti ilmi, että selkäydinvammapotilaiden ravitsemukseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota ja sen seuraamiseen sekä toteuttamiseen kaivattiin lisää keinoja.

Meidän potilailla tää ravitsemus on ehkä vähän semmonen että siihen pitäis kiinnittää enemmän huomiota, useasti nää kärsii aliravitsemuksesta.. siitäkkin on uutta tutkittua tietoo.

Ei käytetä asteikkoja millä arvioida ravitsemusta ja en muista että olisin kertaakaan punninnu potilasta, se olis aika haastavaa näillä...

Osastoilla oli suositukset asentohoidon toteuttamisesta ja tätä ohjeistusta noudatettiin hoitajien mukaan hyvin. Haasteeksi nousikin väärät luulot asentohoidon vaativuudesta. Haastatteluista kävi ilmi, että monesti asentohoito ymmärrettiin täysivaltaiseksi kyljeltä toiselle kääntämiseksi, kun riittävää asentohoitoa oli esimerkiksi vain jalkojen ja käsien asennon vaihto sekä pieni painopisteen muutos. Luulot asentohoitamisen rasittavuudesta ja monimutkaisuudesta lisäsivät haluttomuutta hoitaa selkäydinvammapotilaita. Asento-

hoidon tärkeys ihonkunnon ja painehaavojen ehkäisyn kannalta on hoitajien mukaan hyvin tiedossa. Tietämys muista syistä asentohoidon toteuttamiselle oli vähäistä tai mielenkiinto tietää näistä oli vähäisempää. Hoitajat kokivat, että mielenkiinnon puute toi tietämyksen puutetta, jolloin hoitaminen toteutettiin vain mekaanisena suorituksena ilman, että olisi käytetty harkintaa asennon vaihdossa.

Asentohoito siinä mielessä että se on haastavaa, kun kahen tunnin välein pitäis asentohoitaa. Se koetaa haastavaks, ei ymmärretä että pienikin asennon korjaus on asentohoitoa. Ei tarvitse aina kääntää potilasta.

Hoitajan ja potilaan välisen kommunikoinnin tuomat haasteet

Konservatiivisen hoidon toteuttamisen haasteeksi nousi potilaan kanssa kommunikointi akuuttivaiheessa. Moni vammautuneista on tässä vaiheessa puhekyvyttömiä, johtuen esimerkiksi henkitorviavanteesta tai akuuttivaiheen selkäytimen turvotuksen aiheuttamasta haitasta. Puhekyvyttömänä ja liikuntakyvyttömänä vammautuneen täytyy keksi keino, jolla saada hoitajan huomio. Usein keinoksi muodostui kielellä naksuttelu. Osa hoitajista koki ärsyttävänä tämän kutsukeinon. Vammautuneiden sen hetkinen henkinen tila ja elämän kriisi aiheuttivat myös ahdistusta, josta seurasi jatkuvaa vierelle pyytämistä. Haastatteluista kävi ilmi, että apua pyydettiin tarpeeseen. Toisinaan selkäydinvammapotilas haki vain hoitajan läsnäoloa ja huomiota. Haastavuuden hoidon toteutumiselle loi selkäydinvammapotilaan kommunikoinnin ymmärtämisen vaikeus. Puheentuoton vaikeutuksessa huulilta lukeminen jäi yhdeksi kommunikointi keinoksi. Osalle vammautuneista tämä tuotti vaikeuksia. Hoitajien mukaan osa vammautuneista osasi ilmoittaa tarpeensa rauhasa hoitajalle, osalle taas ymmärretyksi tulemisen vaikeus tuotti hermostuneisuutta, puheen nopeutumista ja lisäsi ymmärretyksi tulemisen vaikeutta. Jos hoitaja ei ymmärtänyt vammautuneen sen hetkistä tarvetta, saattoi se jäädä hoitamatta. Tällöin vammautuneen piti ”kutsua” hoitajaa uudelleen vierelle, joka taas aiheutti tilanteen, jossa vammautunut miellettiin vaativaksi.

Osa hoitajista kokee sen niin rasittavana, kun ne on ahdistuneita ja sitten naksuttavat kielellään kun eivät voi hoitajakutsua käyttää. Ja haluavat hoitajan vierelle ja herätettyä huomion.

Jotkut potilaat vaatii ihan hirveesti, nämä on ihan mukana asioista, älyllisesti siis, niillä ei liiku mikään ja alussa ne on vielä putken päässä, niin ne ei voi puhua ollenkaan.

5.3. Konservatiiviseen hoitoon liittyvä koulutustarve

Tulosten analysoinnin perusteella luokiteltiin kaksi yläluokkaa hoitajien kokemuksesta koulutustarpeeseen liittyen. Tulokset on esitetty näiden yläluokkien otsikoiden mukaisesti, hoitajien työssäjaksamiseen liittyvä koulutustarve ja käytännöntaitoihin liittyvä koulutustarve.

Hoitajien työssäjaksamiseen liittyvä koulutustarve

Selkäydinvammapotilaiden hoitotyön vaativuus ja sairaanhoitajien henkinen jaksaminen nousivat selkeästi esille haastatteluissa. Sairaanhoitajat kokivat, että selkäydinvammapotilaiden sairastumiseen liittyvä alkuvaiheen kriisi sekä kommunikoinnin hankaluus hoitajan ja potilaan välillä aiheutti sairaanhoitajille normaalia enemmän henkistä taakkaa. Lisäksi selkäydinvammapotilaiden pitkät hoitojaksot lisäsivät kyseisen potilasryhmän kuormittavuutta. Tämä puolestaan vähensi sairaanhoitajien mielenkiintoa hoitaa kyseistä potilasryhmää. Kaikissa haastatteluissa nousi ilmi, että sairaanhoitajat toivoivat jonkinlaista koulutusta liittyen hoitajien psyykkiseen jaksamiseen sekä sen tukemiseen.

Siihe psyykkisee jaksamisee, nii ku hoitajille, että... mitä kaikkee niin ku sillä ja mitenkä sitä jaksais, et jos sul on tosi raskas potilas.

Sitte se psyykkinen on varmaa se suurin, että totaa... Millä tavallaan että se hoitaja niin ku jaksaa...

Vammautuminen on suuri kriisi potilaalle, mikä puolestaan aiheuttaa ahdistuneisuutta. Potilaat kaipaavat jo alkuvaiheessa valtavasti tietoa, mikä puolestaan lisää potilasryhmän

kuormittavuutta hoitohenkilöstön näkökulmasta. Sairaanhoitajat pitäisi jaksaa tukea potilasta kriisissä ja toisaalta ohjata päivittäisissä toimissa. Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat esille, että hoitajien jaksamista voisi tukea se, että he saisivat tietoa siitä, millaista on, kun vammautuu. Se ehkä lisäisi hoitohenkilöstön ymmärrystä potilasryhmää kohtaan ja tukisi heidän omaa jaksamistaan hoitotyössä selkäydinvammapotilaiden parissa.

Nii ehkä se olis ny se joku kriisiasiantuntija tai psykiatrinen sairaanhoitaja kertomaan ihmisille, antamaan vähän tukea, koska nehän on mielettömän vaativia potilaita. Ku ymmärrys vammasta lisääntyis, niin ymmärrys siihe potilaasee lisääntyis.

Käytännöntaitoihin liittyvä koulutustarve

Haastatteluissa selkäydinvammapotilaiden konservatiivisesta hoidosta nousi vahvasti esille hengitykseen liittyvät ongelmat. Hengityksen tukeminen onkin merkittävä osa selkäydinvammapotilaan hoitoa, sillä vammatasosta riippuen potilas saattaa kyetä itsenäiseen hengitystyöhön tai olla täysin autettava. Akuuttiyksikössä työskentelevät sairaanhoitajat kokivat, että hengityksen kokeminen sujuu heiltä hyvin. Kuntoutusyksikössä puolestaan hengityksen tukemiseen selkäydinvammapotilailla kaivattiin lisäkoulutusta sekä tietynlaista varmuutta sen suorittamiseen. Sekä akuuttiyksikössä että kuntouttavassa yksikössä sairaanhoitajat kokivat potilaiden limaisuuden olevan hengityksen kannalta haastavaa.

Hengitysproblematiikat tietysti esimerkiksi aina vähä sellaisia, että vaikkoot hoitanu paljon, mutta silti niihi olisi iha hyvä saada koulutusta.

Selkäydinvammapotilaiden akuuttihoitossa korostuu tilan vakauttaminen sekä vammatasosta riippuen potilaiden peruselintoimintojen tukeminen. Akuuttivaiheessa myös tarkistetaan potilaiden kyky niellä ja näin ollen mahdollisuutta enteraaliseen ravitsemukseen. Ennen kuin nielemiseen liittyviä tutkimuksia on tehty, ei tulisi selkäydinvammapotilaille antaa suun kautta mitään ravitsemusta aspiraatorisikin vuoksi. Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että yleinen käsitys hoitohenkilöstön keskuudessa on, että vettä voidaan tästä huo-

limatta antaa selkäydinvammapotilaille. Ongelmaksi näissä tilanteissa muodostui aspiiraatit. Sairaanhoitajat toivoivat koulutusta ravitsemukseen liittyen koko henkilökunnalle eli sekä hoitajille että lääkäreille.

Varmaa suurin ongelma on tää ravitsemus.

Selkäydinvammapotilaiden kuntouttava hoitotyö käsittää potilaiden päivittäisiin toimintoihin liittyvän ohjuksen ja tuen. Sairaanhoitajat avustavat sekä ohjaavat potilaita erilaisen apuvälineiden käytössä sekä erilaisten hoitotoimien suorittamisessa, kuten katetroinneissa. Potilaiden tila on kuntoutusvaiheessa yleensä vakaa ja näin ollen akuuttihoitotyölle tyypillisiä äkkinäisiä tilanteita harvoin sattuu. Haastatteluissa sairaanhoitajat kokivat, että he tarvitsisivat lisäkoulutusta liittyen potilaiden tilan äkilliseen huonontumiseen esimerkiksi sepsiksen muodossa. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että nykyään selkäydinvammapotilaat siirtyvät yhä varhaisemmassa vaiheessa kuntoutusjaksoille, jolloin riski erilaisiin äkillisiin tilanteisiin on suurempi. Taito havainnoida potilaan voinnin muutokset varhaisessa vaiheessa vaatisi koulutusta, sillä hoitajilla on melko vähän kokemusta akuutitihoidossa työskentelystä. Tällöin esimerkiksi yhteydenotto lääkäriin saattaa viivästyä.

Jos sä et tiedä, ettet sä tiedä, niin et sä voi ees kysyä.

6 POHDINTA

6.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ja niitä hyödynnettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän luotettavuuskriteerit sisältävät uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden. Uskottavuus käsittää tutkimuksen sekä siitä saatujen tulosten uskottavuutta sekä niiden kuvauksen. Vahvistettavuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkimusprosessi on kirjattu tavalla, jota jokin toinen tukija kykenee seuraamaan pääpiirteittäin. Reflektiivisyys tutkimuksessa merkitsee sitä, että tutkija arvioi jatkuvasti omaa vaikutustaan tutkimukseen. Siirrettävyyden kriteeri käsittää tutkimusaineiston rikkaan kuvailun, jonka avulla tuloksia on mahdollista siirtää muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana toimittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6). Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkijoiden tulisi olla rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja tekemässään tutkimustyössä, tulosten tallennuksessa ja esittämisessä ja tutkimuksen arvioinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 132). Tieteelliselle tiedolle on asetettu vaatimukset, joita tutkijoiden tulisi hyödyntää tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa sekä raportoinnissa. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus vaativat, että tarvittavat tutkimusluvut on hankittu asiaan kuuluvalla tavalla. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6) Tätä opinnäytetyötä varten laadittiin erillinen tutkimussuunnitelma, jolla lupa haettiin. Hakemus jätettiin keväällä 2017 ennen varsinaisen opinnäytetyön aloitusta.

Ennen kuin tutkimustyö voidaan aloittaa, tulisi tutkimusta tekevien sopia jokaisen oikeudet, vastualueet sekä velvollisuudet. Lisäksi tutkijoiden tulisi pohtia aineiston säilyttämiseen ja käyttöoikeuksiin liittyviä kysymyksiä. Jokaisen tutkimuksen tekoon osallistuvan tulisi hyväksyä edellä mainitut asiat. Näitä voidaan vielä tarkentaa tutkimuksen edetessä. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tätä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden roolit oli sovittu ennen varsinaisen tutkimusprosessin aloittamista. Tämä käsitti muun muassa työn kirjoittamiseen ja haastatteluiden tekemiseen liittyvät roolit sekä yleisen aikataulutuksen.

Tutkijoiden tulisi soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankintaan, tutkimukseen ja arviointiin liittyviä menetelmiä. Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa avoimuutta sekä vastuullisuutta. Tutkijoiden tulisi ottaa huomioon aiemmin tutkittu tieto sitä kunnioittaen ja siihen asianmukaisesti viitaten (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty lähteinä mahdollisimman uusia lähteitä, joiden julkaisuajankohta kymmenen vuoden sisällä työn tekemisestä. Työssä on käytetty sekä kotimaisia että kansainvälisiä lähteitä runsaasti. Kansainvälisiä lähteitä käytettäessä suomennusprosessissa hyödynnettiin kaksoistarkastusta, jolloin molemmat opinnäytetyötä tekevät opiskelijat suomensivat lähteet ja vertasivat saamiaan aineistoja keskenään. Lähteitä hakiessa on hyödynnetty muun muassa Cinahl ja Medic -tietokantoja ja jokaista lähdettä on arvioitu kriittisesti. Lähdeviittaukset on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaisesti, jolloin tiedon alkuperä on helppo selvittää.

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta heikensi työn tekijöiden kokemattomuus tutkimuksen suorittamisessa. Kummallakaan opiskelijalla ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Haastatteluja harjoiteltiin etukäteen, mutta todellinen tilanne erosi harjoittelutilanteesta merkittävästi, mikä saattoi vaikuttaa haastateltavien tapaan vastata esitettyihin kysymyksiin. Haastattelurunko laadittiin niin, ettei se ohjaa haastateltavia vastauksissa. Haastattelukysymyksen pyrittiin muodostamaan selkeiksi ja ytimekkäiksi, jolloin haastateltavien oli helppo ymmärtää käsiteltävä aihe. Kysymyksiä täydennettiin suullisesti haastattelutilanteissa, mikäli haastateltavat kaipasivat niihin joitain tarkennuksia. Tarvittaessa haastattelutilanteissa hyödynnettiin myös täydentäviä kysymyksiä, mikäli haastatteloista tuntui, ettei vastaus täytä täysin esitettyä kysymystä.

Tutkimusetiikka puolestaan sisältää erilaisia periaatteita, joiden pyrkimyksenä on haitan välttäminen, rehellisyys, luottamus, kunnioitus, oikeudenmukaisuus sekä ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haitan ja hyödyn käsitteet eivät ole mustavalkoisia. Haastateltavalle hankalien, jopa traumaattisten aiheiden käsittely saattaa auttaa hänen selviytymistään myöhemmin elämässä, vaikkei haastattelutilanteen olekaan tarkoitus toimia terapiana. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.)

Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyvän toiminnan eettisenä peruspilarina voisi ajatella, että tutkimuksen tekijän tulisi turvata haastateltavan asema. Tämän vuoksi jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla henkilöltä tulisi saada tietoon perustuva suostumus. Tästä pitäisi

ilmetä haastateltavalle, että kyseessä on tutkimus. Lisäksi tiedotteesta pitäisi käydä ilmi tutkimuksen tarkoitus, kesto, mihin tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään, ketkä ovat tutkimuksen vastuuhenkilöt, mitkä ovat tutkimukseen osallistujan ja tutkijan rooli ja millaisin perustein haastateltavat on valittu tutkimukseen. Haastateltavien aseman turvaamiseksi tiedotteesta on käytävä lisäksi ilmi, miten luottamuksellisuus, nimettömyys ja yksityisyys taataan. Lisäksi haastateltavilla tulee olla tieto siitä, että he saavat missä vaiheessa tahansa vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 149-150.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Kaikille tätä opinnäytetyötä varten haastatelluille sairaanhoitajille toimitettiin etukäteen lomake, joka sisälsi tiedotteen opinnäytetyöstä sekä siihen tehtävästä haastattelusta (liite 4). Lisäksi se käytiin suullisesti läpi ennen haastattelun aloittamista, jolloin sairaanhoitajilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Sairaanhoitajille painotettiin, että he saavat kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tahansa, jolloin aineisto heidän osaltaan hävitettäisiin. Luottamuksellisuutta, nimettömyyttä sekä yksityisyyttä korostettiin. Lisäksi he allekirjoittivat haastattelutilaisuudessa ennen haastattelun alkamista tietoisien suostumusten (liite 2). Haastatteluista saatu aineistoa käsiteltiin koko opinnäytetyöprosessin ajan luottamuksellisesti ja se säilytettiin ulkopuolisilta piilossa. Aineisto hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Aineisto analysoitiin luottamuksellisesti ja tulokset on esitetty niin kuin ne todellisuudessa ovat. Yksittäisiä sairaanhoitajia ei niistä voi tunnistaa.

6.2. Tulosten tarkastelua

"No sanotaan näin että, se tietous on siellä vihossa ja siellä kirjassa, mutta kun siinä on se että, joko sä teet sen työn sillain justiinsa, kuin se on ja kaikki on ok. Täi sitten sä lisäät siihen sen lisän, annat itsestäs kaiken. Niin silloin se potilas saa vasta sen minkä se tarvitsee."

Terveystieteiden ammattilaisten työskentelyä ohjaavat hyvin monet suositukset ja lait. Sairaanhoitajan tulee noudattaa lain mukaan potilaiden oikeuksia ja yksityisyyden suojaa sekä kunnioittaa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

1992/785). Terveysthuollon laatuoppaan (2011) mukaan hyvä hoito on potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja hänen yksilöllisiä toiveitaan huomioiden toteutettu hoitotyö. Työssään sairaanhoitaja tukee ja lisää ihmisten omia voimavaroja ja parantaa ihmisten elämänlaatua (Puttonen 2015). Ammattitaitoinen henkilöstö toteuttaa hyvää hoitoa soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin vaikuttavia ja perustuvia menetelmiä (Koivuranta-Vaara 2011, 81). Sairanhoitaja osaa arvioida saamaansa tietoa ja käyttää sitä toimintansa perusteena sekä kehittää että arvioida sillä työyhteisöään. Hän on vastuussa oman ammattinsa ja ammattitaitonsa kehittamisestä. (OPM 2006, 63-68.) Potilaan hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyö ja tiedon kulku on saumatonta. Lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut parhaan mahdollisen hoidon. (Koivuranta-Vaara 2011, 81.)

Hyvä konservatiivinen hoito koettiin tutkimustulosten perusteella olevan kokonaisvaltaista potilaan hoitotyötä, joka kuului jokaisen hoitajan ammattitaitoon. Konservatiivinen hoito nähtiin selkäydinvammautuneen hoidossa merkittävänä osana, jonka osa-alueiden toteutuminen vaihteli riippuen siitä, oliko kyseessä akuutti- vai kuntoutusyksikkö. Hyväksi konservatiiviseksi hoidoksi koettiin akuuttihoiton puolella potilaan tilan vakauttaminen ja kuntoutus puolella päivittäisissä toiminnoissa tukeminen ja ohjaaminen. Potilaan sen hetkisen tilan luomat ongelmat määrittivät, mikä konservatiivisen hoidon osa-alueista oli milloinkin huomiota vaativaa. Kaikki konservatiivisen hoidon osa-alueet tunnistettiin ja niitä osattiin toteuttaa ammattitaitoisesti.

Konservatiivisen hoidon osaaminen ja toteuttaminen arvioitiin hyväksi jokaisella haastatellulla osastolla. Kuntoutusvaiheessa nousi vahvasti esille erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisumallien löytyminen. Yhteistyö työtovereiden kesken, hyvä ja avoin ilmapiiri osastolla helpotti ongelmista keskustelua ja siihen ratkaisun löytymistä. Työtoverilta saatu henkinen tuki ja apu ongelmatilanteissa koettiin hyväksi ja konservatiivisen hoidon toteutumista tukevaksi. Kivimäki (2011) on tutkimuksessaan todennut että, työyhteisön voimavaroja kasvattaa työn hyvä organisointi ja avoin ja hyvä työilmapiiri. Esteinä hyvälle työlle oli muun muassa työn organisoinnin puute, asenteet ja heikko tiedon kulku. Työnhyvinvointi on yhteydessä työntekijän elämänlaatuun, työn tuottavuuteen ja laatuun, sairauksiin sekä tyytyväisyyteen, oppimiseen ja työntekijän hyvinvointiin (Rantanen 2017.)

Tutkimuksessamme ilmeni että, konservatiivisen hoidon toteutuminen koettiin jonkin verran hoitajasta riippuvaksi. Mielenkiinto selkäydinvammaisten hoitotyöstä ja halu hoitaa kyseistä potilasryhmää paransi konservatiivisen hoidon kokonaisvaltaista toteutusta. Jos mielenkiinto oli vähäinen ja selkäydinvammaisen potilas koettiin raskaana tai ärsyttävänä, jäi konservatiivinen hoito vain suorittamisen tasolle. Hoitotyötä ei näin ollen saatettu kokonaisvaltaisesti loppuun. Karhe (2017) on väitöskirjassaan tutkinut potilaiden kokemaa hoitoyksinäisyyttä, joka on aikaisemmin tunnistamaton yksinäisyyden muoto. Hoitoyksinäisyyden kokemus muun muassa viivästyttää toipumista ja aiheuttaa epäluottamusta ja turvattomuutta potilaille. Tutkimuksessaan Karhe (2017) havaitsi että, potilaan kokemus siitä, ettei häntä kohdeltu yksilönä tai kunnioittavasti aiheuttivat yksinäisyyttä. Potilaat kokivat että, hoito toteutettiin liukuhihnamaaisena, tekemiskeskeisenä ja rutiininomaisena. Hoitavan henkilön käytös oli kylmää, ylimielistä tai epäinhimillistä ja alentavaa. (Karhe 2017, 66-76.)

Konservatiivisen hoidon toteutumisen esteeksi tuli hoitavan henkilön mielenkiinnon puute hoitaa kyseistä potilasryhmää. Hoitotyötä tehtiin suorituksenomaisesti, eikä potilaan tarpeita huomioitu kokonaisvaltaisesti. Mielenkiinnon puute hoitaa selkäydinvammaopotilasta johti potilaan ahdistuneisuuden lisääntymiseen ja näin ollen myös vaativuuden lisääntymiseen. Tehokkuuden vaatimus vaikuttaa paljon nykypäivän hoitokulttuuriin. Laatu ja tuloksellisuus toimivat monesti organisaation toiminnan mittareina. Ennalta suunniteltujen aikataulujen noudattaminen ja tehtävien suorittaminen aikataulussa tehokkuuden kuvaajina aiheuttavat sairaanhoitajan työn lähtökohdan muuttumisen potilaasta, päiväohjelman suorittamiseen aikataulun sisällä. (Ora-Hyytiäinen 2004, 93-94) Karheen (2017) tutkimuksessa kävi ilmi että, hoitajista johtuvia syitä potilaan yksin jäämiselle, olivat ammatillisuuden ja kohtaamisen taidon puute sekä kokemuksen ja koulutuksen puute. Asenteiden ja ennakkoluulojen ajateltiin olevan myös myötävaikuttavia tekijöitä. Hoitavat henkilöt tekivät vääriä olettamuksia potilaista, koska eivät tunteneet potilaita kunnolla. Osaston ilmapiiri, hoitokulttuuri ja sairaalaympäristö vaikuttivat osaltaan hoitoyksinäisyyden syntymiseen. (Karhe 2017, 66-76.)

Hoitajat kokivat että, selkäydinvammautunut vaatii alkuvaiheessa paljon tukea ja huomiota hoitajalta. Vammautumisen aiheuttama kriisi tuo epävarmuutta potilaan elämään samalla tavalla kuin läheisen tai omaisen menettäminen, onnettomuus tai vakava sairastuminen. Kriisitilanteeseen reagoidaan voimakkaasti. Ensimmäisten päivien aikana voi esiintyä erilaisia jälkireaktioita, kuten fyysistä kipua ja huonovointisuutta. Tunteet voivat

nousta pintaan tai voi syntyä tunne siitä, että ne ovat täysin kadonneet. Kriisiin johtaneet tapahtumat palautuvat usein mieleen, aiheuttaen jopa pelkotiloja. Univaikeudet ovat tällöin tavallisia. (Casrén ym. 2012.) Tieto siitä, kuinka toipuminen etenee, on epävarmaa vammautumisen alkuvaiheessa. Selkäydinvammapotilas tarvitsee paljon tukea ja tietoutta, mutta myös hänen hoitotoimiin joudutaan käyttämään runsaammin aikaa. Karheen (2017) mukaan yksinäisyys hoitosuhteessa tarkoitti sitä, että potilailla ei ollut mahdollisuutta jakaa tuntemuksiaan ja kokemuksiaan hoitavan ihmisen kanssa. Pinnallisiksi jäävät keskustelut aiheuttivat sen että, potilaiden varsinaista hätää ei nähty. Potilaiden kokemus oli, ettei psyykkiseen jaksamiseen useinkaan kiinnitetty huomiota. Ammatilaisen kanssa käyty keskustelu olisi helpottanut potilaan oloa ja näin hän olisi voinut käsitellä kokemaansa. (Karhe 2017, 66-76.)

Selkäydinvammautuminen aiheuttaa akuutin kriisin, tähän liittyy masennusta ja ahdistuneisuutta, joka menee yleensä ohi muutaman kuukauden kuluessa. Akuuttivaiheessa on todettu olevan hyötyä kaikille potilaille annetusta tuesta hoitoyhteisön ja läheisten toimesta. Vertaistuen antama positiivinen esimerkki pitää yllä toivoa, jolla on suuri merkitys potilaalle. Akuutissa vaiheessa noin 20-25% selkäydinvammautuneista kehittää hoitoa vaativa vakava masennustila, viidennes kärsii ajoittaisesta masennuksesta ja neljännes myös ahdistuneisuudesta. Ryhmissä toteutettu käyttäytymisterapia on todistettu olevan hyödyllistä potilaille, joilla on kliininen depressio. Osalle potilaista kehittää hoitoa vaativa masennustila vasta akuutin kriisin mentyä ohi, noin 3-6 kuukauden kuluttua. (Alaranta ym. 2001.) Karhe (2017) on tutkimuksessaan todennut että, potilaiden kokemuksen mukaan heidän yksinäisyyttään helpotti hoitopaikassa järjestetty keskusteluapu joko hoitohenkilökunnan tai ulkopuolisen toimesta. Internetistä saatavaan tietoon ja tukeen sekä vertaistukeen myös turvauduttiin potilaiden toimesta. (Karhe 2017, 66-76.)

Hoitajien psyykkinen kuormittuneisuus tuli vahvasti esille kaikilla haastatelluilla osastoilla. Selkäydinvammapotilaan henkinen tukeminen ja positiivisen tulevaisuuden kuvan luominen oli haastavaa ja uuvutti myös hoitajan. Työterveyslaitoksen (n.d.) mukaan työssä stressin aiheuttaa tilanne, jossa työntekijä ei kykene selviytymään häneen kohdistuvista odotuksista ja vaatimuksista. Ihmisen stressiherkkyys vaihtelee yksilöllisesti. Kun työntekijän voimavarat ehtyvät pitkittyneen työstressin vuoksi, seurauksena on työuupumus, jolla on negatiivisia seurauksia työturvallisuudelle, terveydelle ja työhyvinvoinnille. Psyykkinen kuormitustekijä työssä liittyy itse työhön ja työn sisältöön. Kuormittumiseen

vaikuttaa työolojen kokonaistilanne ja kuormitusta lieventävät tekijät. Terveydelle äärimmäisen haitallisia tilanteita työssä ovat muun muassa vastuu toisesta ihmisestä, joka on epäsuhdassa toimintamahdollisuuksien kanssa, jatkuva kiire, työn paljous, työtahdin säätelymättömyys, työntekijän kyvyttömyys itse vaikuttaa omaan kehittymiseensä tai oppimiseensa ja työn jatkuva keskeytyminen sekä häiriö. (Työterveyslaitos. n.d.)

Potilaille saattoi olla vaikeaa hyväksyä tapahtunutta, jolloin hoitajan vastuulla oli konservatiivisen hoidon toteuttamisen lisäksi henkisen tuen antaminen. Karheen (2017) mukaan potilaan kokemaa hoitoyksinäisyyttä lievensivät auttamishaluiset hoitavat ihmiset. Potilasta huomioiva käytös, ystävällinen ja inhimillinen kohtelu sekä ihmisenä kohtaaminen antoivat potilaalle voimaa sekä vahvistivat ja rohkaisivat häntä. Hoitavan ihmisen läsnäolon potilas koki voimaannuttavaksi, joka kantoi koko sairausprosessin ajan. (Karhe 2017, 66-76) Itse keskusteluyhteyden avaamista ei koettu haastavaksi, vaan kannustavien ja tukevien sanojen löytäminen koettiin haasteeksi.

Selkäydinvammautuneelle oli myös alkuvaiheessa hyvin vaikeaa tottua siihen, että oli täysin toisten autettavana. Oikean lähestymistapa ja asioista keskustelu auttoivat avuttomuuden tunteeseen. Hoitajat kokivat, että henkistä tukea näissä tilanteissa osattiin antaa ammattimaisesti. Haasteeksi nousi varsinkin kuntoutusvaiheen hoidossa potilaan oma luovuttaminen ja keskusteluyhteyden katkeaminen. Joutjärvi (2015) on Tehy-lehden artikkelissaan haastatellut fysiatrian erikoislääkäri Eija Ahoniemiä HUS:n Selkäydinvammapoliklinikalta. Ahoniemen mukaan selkäydinvammautuminen laittaa koko elämän uusiksi, vaikuttaen potilaan lähiympäristön, läheisiin, työhön ja harrastuksiin. Se, joutuuko selkäydinvammautunut pyörätuoliin koko loppuelämäkseen, riippuu vaurion vakavuudesta ja sijainnista. Kävelykyky voi palautua, mutta aikaa siihen voi menne puolesta vuodesta vuoteen. (Joutjärvi 2015.) Solutasolla luonto voi korjata selkäydinvammapotilasta, jopa niin, että vammasta voi toipua kokonaan (Ahojärvi, Joutjärven mukaan 2015). Motivoituminen kuntoutumiseen on hyvin tärkeää. Jälkikomplikaatiot ovat yleisiä. Näitä ovat kipu ja spastisuus, verisuonitukokset, virtsatieinfektiot, selkäytimen kystat, osteoporoosi sekä painehaavariskiä lisäävät ihon tuntuuutokset. Ihminen ei itsessään muutu selkäydinvammautumisen seurauksena, mikä on hyvä muistaa hoitotyössä. (Joutjärvi 2015.)

Hoitajien kokemusten mukaan haasteellisinta konservatiivisen hoidon toteuttamisessa oli potilaiden fyysinen ja psyykinen kuormittuvuus. Työhyvinvoinnin haasteiksi ovat

Meriläinen ja Kesti (2017) maininneet kriittisesti sairaiden potilaiden parissa työskentelemisen, psyykkisesti kuormittavat tilanteet, nopean tehohoidon hoitomuotojen ja teknologian kehittymisen sekä eettiset pulmat. Työhyvinvointi on yhteydessä yleiseen elämän laatuun, työn tuottavuuteen ja laatuun, sairauksiin sekä tyytyväisyyteen, oppimiseen ja hyvinvointiin (Rantanen 2017). Hjerppe (2008) on todennut että, haasteelliset ja työläät potilaat aiheuttavat haasteita omanhoitajan toteuttamassa yksilövastuisessa hoitotyössä tekemällä hoitotyöstä psyykkisesti ja fyysisesti raskasta. Selkäydinvammautunut ei kykene varsinkaan vammautumisen alkuvaiheessa avustamaan hoitotoimissa. Hänen puolestaan tehdään kaikki. Potilaan isokokoisuus ja korkea vammataso tekivät potilaasta fyysisesti erittäin raskaan hoitaa. Nuikka (2002) on väitöskirjassaan tutkinut sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa, hänen mukaansa hoitotilanteista kuormittavampia olivat perushoitotilanteet ja huolenpitotehtävät, kuten erittämisessä ja liikkumisessa avustaminen, haavan hoito, peseminen ja kivun sekä hengitysvaikeuksien hoitaminen. Potilaan kuljettaminen toimenpideyksikköön oli myös yksi kuormittavista hoitotilanteista. Työn kuormittavuuteen vaikuttivat kiire hoitotilanteissa ja haastava potilas. Hoitotilanteissa fyysisesti parempikuntoiset nuoremmat hoitajat kokivat hoitotilanteet vähemmän kuormittaviksi kuin vanhemmat hoitajat. Alle viisi vuotta työkokemusta omaavat hoitajat kokivat hoitotilanteet kuormittaviksi useammin kuin enemmän työkokemusta omaavat hoitajat. Vaikeat ja ahdistavat hoitotilanteet aiheuttivat fyysisiä oireita, kuten väsymystä, päänsärkyä ja niska-hartiavaivoja. (Nuikka 2002, 58, 71, 76.)

Omahoitajuus antaa hoitajalle mahdollisuuden keskittyä potilaaseen syvemmillä tasolla ja antamaan potilaalle hänen kaipaamansa tuen niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Omahoitajuus tuki konservatiivisen hoidon toteutumista. Tällöin potilas sai hoitajaltaan tarvitsemansa tuen ja aikaa kokonaisvaltaiselle hoitotyölle jäi enemmän. Hjerppen (2008) mukaan yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen edellytyksistä oli omahoitajan hyvä ammattitaito. Mikäli omahoitajalta puuttuu tietoa potilaan sairauksista ja historiasta, hän ei pysty ammattitaitoisesti ohjaamaan ja hoitamaan omaa potilastaan. Ammattitaidon pitääkin olla ajan tasalla, hoitaja on omapotilaastaan vastuussa joka edellyttää työssä valveutuneisuutta ja tarkkaavaisuutta. Jokainen potilas huomioidaan erikseen ja erilaiset toimenpiteet tulisi tehdä huolellisesti ja harkitusti. Esteeksi hoitotyön yksilövastuiselle toteutukselle tulikin omahoitajan työn rutinoituminen, jossa valveutuneisuus häviää tai vähenee. (Hjerppe 2008.)

Tiimityö on olennainen osaamisalue, jossa erilaiset osaajat ja ammattiryhmien edustajat yhteistyössä hoitavat potilasta (Koivuranta-Vaara 2011, 12). Tiimityöskentely koettiin positiiviseksi ja hyvin toimivaksi asiaksi erityisesti akuuttipuolen osastoilla. Toimiva tiimityö on työhyvinvointia lisäävää toimintaa, jossa voidaan läpikäydä vaikeita tilanteita ja saadaan työyhteisön tuki. Jokaiselle työntekijälle kuuluu vastuu omasta ja työyhteisön työhyvinvoinnista. (Meriläinen & Kesti 2017.) Tiimit asettivat yhteiset päämäärät ja tavoitteet selkäydinvammaan hoitotyölle. Perehtyminen tietyn potilasryhmän oireisiin ja hoito suositukseen oli mielekkäämpää silloin, kun tiimiin kuuluvat hoitohenkilöt olivat aidosti kiinnostuneita kyseisen potilasryhmän hoitotyöstä. Halu kasvattaa omaa ja tiimin ammattitaitoa kehittääkseen selkäydinvammautuneen hoitotyötä oli yksi suurimmista tekijöistä, joka vaikutti tiimin yhteistyön onnistumiseen. Työtovereiden tukeminen työssä jaksamisessa, hoitoa koskevissa asioissa ja ammatillisessa kehittämisessä kuuluvat sairaanhoitajan eettisiin velvollisuuksiin (Puttonen 2015). Meriläinen ja Kesti (2017) ovat maininneet työssä jaksamista edistäviksi tekijöiksi muun muassa työpaikan ilmapiirin ja tiimin toimivuuden sekä kommunikoinnin tiimin jäsenten välillä. Vaikka ammattitaito ja tietotaito selkäydinvammautuneen konservatiivisesta hoidosta koettiin vahvaksi, mielenkiinto hoitaa kyseistä potilasryhmää oli vähäinen. Ongelmaksi muotoutuikin tiimien asettamien ohjeiden vähättely tai jopa noudattamatta jättäminen. Mielenkiinto osallistua tiimin toimintaa oli vähäistä, varsinkin, jos hoitaja koki kyseisen potilasryhmän raskaaksi ja epämiellyttäväksi.

Sairaanhoitajan eettisiin velvollisuuksiin (2015) luetaan muiden ammattiryhmien asiantuntijuuden kunnioitus ja yhteistyökyky muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien edustajien kanssa (Puttonen 2015). Potilaan kokonaishoitoa toteutetaan itsenäisesti, omaa ammattitaitoa tuodaan esille moniammatillisessa yhteistyössä, joka edellyttää vastuunottoa ja näkemystä omasta vastuualueesta. Sujuva yhteistyö vaatii toisten ammattitaidon tuntemista ja kunnioittamista. (OPM 2006, 63-68.) Moniammatillinen yhteistyö näkyi kaikilla haastatelluilla osastoilla. Hoitajat kokivat saavansa tukea ja apua muiden ammattiryhmien edustajilta. Erityisesti tyytyväisiä oltiin fysioterapeuttien antamaan tukeen kuntoutusvaiheessa. Tällöin voitiin esimerkiksi yhdistää konservatiivisen hoidon toteutuminen fysioterapeutin liikeharjoituksiin. Hoitajat kokivat, että ammatillisen yhteistyön turvin saatiin toteutumaan hyvä konservatiivinen hoito potilaalle. Yhteistyön saumattomuutta korostettiin ja avun pyytämisen helppous koettiin hyväksi asiaksi.

Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu kyky arvioida omaa ja muiden pätevyyttä työssä, sekä oman ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen (Puttonen 2015.) Konservatiivisen hoidon toteutumisesta edistivät hoitajan aikaisempi kokemus ja hyvä perehdytys. Selkäydinvammautuneen potilaan ahdistus ja vaativuus vähenivät hoitajan osatessa vastata hänen tarpeisiinsa. Omalla asenteellaan ja vastuullisella toiminnallaan voi jokainen hoitava ihminen vaikuttaa hoitoyksinäisyyden ennaltaehkäisyyn, lisäksi organisaatiolähtöisillä tekijöillä ja koulutuksella on vaikutusta (Karhe 2017, 66-76).

Aikaisempi työkokemus selkäydinvammautuneiden hoitotyöstä lisäsi konservatiivisen hoidon kokonaisvaltaista toteutumista. Uusien työntekijöiden perehdytys arvoitiin hyväksi, mutta uusien hoitajien kokemattomuus näkyi kokonaisuuden hahmottamisen puutteena ja töiden priorisoinnin vaikeutena. Uusien hoitajien tiedot ja taidot arvioitiin hyväksi, mutta selkäydinvammautuneen hoitotyön moninaisuuden sisäistäminen vaati aikaa ja opettelua. Terveystieteiden henkilöstön ammattitaito kehittyi käytännön kokemuksen myötä. Jokaisella on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojen ja taitojensa jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta. Kehittämistarpeet tunnistetaan ja uusia työntekijöitä perehdytetään riittävästi. (Koivuranta-Vaara 2011, 12.) Ora-Hyytiäinen (2004) on väitöskirjassaan tutkinut sairaanhoitajaopiskelijan kasvua ja kehittymistä ammattiin. Hän on todennut tutkimuksessaan, että sairaanhoitajaksi kehittyminen tapahtuu kokemuksessa hankittujen havaintojen ja niistä syntyneiden tunteiden muokkauksen ja tunteiden tulkinnan kautta. Tulkintojen merkityksen tiedostamisen ja ymmärtämisen kautta syntyy oppiminen. Sairaanhoitajaopiskelijan hoitotyön toimintaa ohjaa hoitotyön kulttuuri. Yhteisön vuorovaikutus saa opiskelijan toimimaan ja jopa ajattelemaan tietyllä yhdenmukaisella tavalla. Oletus käyttäytymisestä yhteisön yhteisten sääntöjen mukaan, liittyy tällaiseen vuorovaikutuksen muotoon ja se pitää yllä tiettyä käyttäytymissääntöä. Opiskelijan hoitotyön taso ei voi olla vielä yhtä kokonaisvaltaista kuin kokeneen sairaanhoitajan, koska hoitotyöntoimintakulttuuri opitaan käytännössä. Koulutuksen aikana kerätty käytännön kokemus on kuitenkin pääasiassa kokemusta opiskelijana toimimisesta hoitoympäristössä. (Ora-Hyytiäinen, E. 2004. 93-94.)

Asentohoidon toteuttaminen vaikeutui potilaan ollessa täysin kyvytön itse auttamaan asennon vaihdoissa ja hoitotilanteissa. Liikuntakyvyttömyys aiheutti vaikeuksia löytää asentoa, jossa potilas kokisi olonsa hyväksi. Asentohoitoa toteutettiin osastoilla säännöllisesti ja siitä oli tehty osastokohtaiset ohjeet, joita noudatettiin. Kiire työssä kuitenkin

aiheutti sen, että hoitaja ei aina huomionnut oman ergonomian toteutumista, joka taas johti fyysisen rasittavuuden kasvuun. Alkuvaiheen pyörätuoliin mobilisoitumisen mahdollisuus riippuu potilaan yleisilasta, murtuman stabilisointimenetelmästä, muista vammoista tai komplikaatioista sekä jossain määrin vaurion neurologisesta tasosta. Akuuttivaiheessa arvioidaan nelirajahalvaantuneen yläraajojen asentohoidon tarve, jotta saavutetaan mahdollisimman hyvä toimintakyky myöhemmässä vaiheessa. (Alaranta ym. 2001.) Asentohoidon vaativuudesta oli myös vääriä luuloja. Asentohoito käsitettiin täysivaltaisena kyljeltä toiselle kääntämisenä, vaikka vähempikin riittäisi. Väärät luulot asentohoidon rasittavuudesta ja monimutkaisuudesta aiheuttivat haluttomuutta hoitaa selkäydinvammautuneita. Asentohoidon tärkeys painehaavojen ehkäisy keinona oli laajasti tiedossa, mutta tietämys sen muista hyödyistä oli vähäistä.

Akuuttivaiheessa konservatiivisen hoidon toteutumisen haasteena koettiin kommunikoinnin vaikeus. Moni potilaista on tässä vaiheessa puhekyvyttömiä, jolloin kommunikointiin käytetään muita keinoja kuin puhetta. Avunpyyntöön käytettiin muun muassa kielellä naksuttelua, joka saatettiin kokea ärsyttävänä. Huulilta lukemista käytettiin kommunikoinnin keinona. Tämä kommunikointikeino oli haastavaa niin potilaalle kuin hoitajalle. Konservatiivisen hoidon toteutumisen esteenä oli tällöin potilaan ymmärretyksi tulemisen vaikeus, joka myös aiheutti henkistä ahdistuneisuutta niin hoitajalle kuin potilaalle. Potilas voi kokea jäävänsä yksin, jos hän ei saa kokonaisvaltaista hoitoa tai tarvitsemaansa apua. Kokemus siitä, ettei potilasta osata auttaa tai avuntarvetta ei tunnisteta, on pelottavaa. (Karhe 2017, 66-76.) Ymmärtämisen vaikeus aiheutti jatkuvaa vierelle kutsuamista, joka aiheutti taas leimatuksi tulemisen vaikeana ja vaativana potilaana. Karheen (2017) tutkimuksessa kävi ilmi että, potilas saattoi kokea ettei, häntä hoitavan henkilön ja potilaan itsensä välillä ei ollut yhteyttä. Tämä koettiin yhteistyön puutteena, jolloin hoitava henkilö tuntui etäiseltä. Tämä loi tunteen, ettei hoitava henkilö ollut potilaan puolella. Potilaista tuntui, ettei heistä välitetty ja heidän jätettiin huomiotta. Potilaat kokivat myös olevansa taakkana hoitajalle, eivätkä halunneet vaivata kiireen vuoksi. He kokivat olevansa hoitajien armoilla tai kokivat joutuvansa puolustautumaan hoitavia ihmisiä vastaan. Potilaat toivoivat yhteyttä hoitavaan ihmiseen ja, että joku olisi lähestynyt heitä. Potilaille tuli tunne, ettei heitä kohdattu yksilöinä ja ihmisinä tai, ettei hoitava ihminen ollut läsnä kohtaamistilanteessa. Yhteyden puuttumiseen vaikutti yhteisen kielen tai yhteisen ymmärryksen puute. Tämä aiheutti potilaalle tuntemuksen, ettei häntä kuunneltu tai kuultu. Hoitoyksinäiset ihmiset kokivat yhteyden puuttumisen tunteena, ettei heitä uskottu tai heidän kokemuksiaan tai näkemyksiään väheksyttiin (Karhe 2017. 66-76).

Selkäydinvammautuneita hoidetaan yleensä kahden hoitajan voimin. Tällöin henkilöstön riittävyys osastolla nousee erittäin tärkeäksi. Omahoitajuuden toteutuminen auttoi vastaamaan vammautuneen tarpeisiin ja se edisti konservatiivisen hoidon toteutumista. Liian pieni henkilöstömäärä osastolla esti omahoitajuuden toteutumista ja näin ollen oli esteenä kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumiselle. Varsinkin potilaan siirtyessä akuuttihoidosta kuntoutukseen saattoi hän kokea ahdistuneisuutta siitä, ettei omahoitajuus enää toteutunut niin kokonaisvaltaisesti kuin akuuttipuolella. Potilaan yksinäisyyden tunteen syntymiseen myötävaikuttivat liian vähäinen henkilökunnan määrä, kiire ja ajanpuute. Yksin jäämisen tunne johtui hoitavien ihmisten vaihtumisesta ja omahoitajan puutteesta. (Karhe 2017, 66-76.)

Vähäinen hoitaja määrä osastolla aiheutti myös kiirettä. Tämä aiheutti esteen konservatiivisen hoidon kokonaisvaltaiselle toteutumiselle. Hoitotoimista jouduttiin karsimaan tai niitä jouduttiin siirtämään tulevaisuuteen. Nuikan (2002) tutkimuksen mukaan hyvää hoitoa ei ollut aina mahdollista toteuttaa kiireen vuoksi. Keskittyminen moneen asiaan yhtä aikaan aiheutti sen, että asioita ei saanut hoidettua loppuun. Kokonaisvaltainen potilaan hoitaminen ei ollut tällöin mahdollista. Keskustelulle ei jäänyt aikaa ja sairaanhoitajat kokivat, että ristiriitaa syntyi ihmisläheisen hoidon ja toimintamahdollisuuksien kesken. (Nuikka 2002, 73.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuoppaassa (2011) hoitoprosessin sujuvuutta edistää se, että potilaan hoitoa varten on käytössä riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja hoidon sekä kuntoutumisen edellyttämät resurssit (Koivuranta-Vaara 2011, 13-14). Kivimäen (2011) toimintatutkimuksessa kävi ilmi, että hyvän työn piirteitä olivat muun muassa riittävä henkilökunnan määrä, työn hyvä organisointi, avoin ja hyvä työilmapiiri, hyvä yhteistyö eri tehtävissä olevien välillä, hyvä perehdytys ja työssä jaksamisen tukeminen. Tutkimuksessa esteiksi hyvälle työlle havaittiin olevan kiire työpaikalla, työn paljous, työn organisoinnin puute, asenteet ja heikko tiedon kulku.

Konservatiivisen hoidon toteutumisessa hankalaksi koettiin myös ravitsemus. Vammautuneilla on monesti ongelmia nielemisen kanssa ja riski aspiraatiolle on suuri varsinkin akuuttivaiheessa. Ravitsemusterapeutin ohjeita osattiin pyytää ja niitä myös toteutettiin. Haasteeksi nousi vanhoista totutuista tavoista luopuminen, jolloin annettuja ohjeita ei noudatettu, vaan tehtiin ”niin kuin aina on tehty”. Ravitsemuskartoitusta tehtiin hyvin vähän osastoilla. Ravitsemustilan seurannassa käytettiin punnitsemista, nestelistoja ja sa-

tunnaisesti syötyjen ruokamäärien kartoitusta. Moni selkäydinvammautunut kärsii aliravitsemuksesta vammautumisen alkuvaiheessa, mutta myöhemmin heillä on suuri riski ylipainoon. Ravitsemustilan ja painon kartoittamisen tärkeys oli tiedossa osastoilla, mutta toteuttamiseen kaivattiin enemmän huomiota ja lisää keinoja.

Hengityksen tukeminen koettiin kuntoutus puolella haasteelliseksi, akuuttiosastolla se taas koettiin yhdeksi sairaanhoitajien vahvuuksista. Hengityksen tukemiseen käytettävät keinot kuntoutusvaiheessa olivat rajalliset, joka aiheutti haastavuutta hoitotyöhön. Hengitysvaikeuksien hoitaminen on monesti kiireellinen tilanne, jonka aiheuttaa potilaan tilan nopea huonontuminen. Kuormittuminen hoitotilanteessa johtui erilaisista työliikkeistä, kuten potilaan asennon tukemisesta, sängyn päädyn kohottamisesta, lääkkeiden ja hapen annostelusta. Tukehtumisen tunne aiheuttaa pelkoa, hätää ja kärsimystä potilaalle. Tämä lisää kuormittuvuutta hoitotilanteessa aiheuttamalla hoitajalle riittämättömyyden tunteen. (Nuikka 2002, 92.) Hoitajat toivoivatkin enemmän keinoja ja aikaa toteuttaa hengityksen tukemista. Konservatiivisista hoitokeinoista hengityksen tukemiseen liittyvä yskittäminen koettiin fyysisesti raskaaksi. Selkäydinvammapotilaiden hengityksen ongelmista haastavammaksi koettiin potilaiden limaisuus.

Hoitotyö on jatkuvasti kehittyvä ala, joka vaatii henkilöstöltä jatkuvaa kouluttautumista. Väestön muuttuvat terveystarpeet, uuden tiedon sekä teknologian ja yhteiskunnan resursien niukkeneminen asettaa vaatimuksia hoitotyön tehokkuuteen sekä vaikuttavuuteen. Kouluttautuminen ja sen järjestäminen ovat sekä henkilöstön että työnantajan oikeus ja velvollisuus. Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan jatkuvasti arvioimaan työn terveys- ja turvallisuusriskit ja arvioinnin perusteella kehittämään työn toimintoja ja tehtäviä. Sairaanhoitajien päivittäin suorittamat hoitotoimet pitäisi pohjata tutkittuun tietoon. Työ perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitaja käyttää työssään näyttöön perustuvaa tietoa, ammatillista asiantuntemustaan, kokemuksiin perustuvaa tietoaan sekä hoitosuosituksia. Saatua tietoa käytetään oman toiminnan perusteena ja sillä kehitetään työyhteisöä. Sairaanhoitaja on vastuussa oman ammattinsa ja ammattitaitonsa kehittämisestä. (OPM 2006.) Koulutusta toivottiin hoitajien psyykkisen jaksamisen tukikeinoista ja laajempaa tietoa siitä, millaista on, kun vammautuu. Tämä saattaisi lisätä ymmärrystä selkäydinvammautuneita kohtaan ja tukisi myös hoitajien työssä jaksamista. Yli-Pirilä (2015) on todennut, että työnohjauksesta on erityisesti hyötyä, kun työ sisältää paljon tunnerasitteita ja työssä on paljon vaativia asiakassuhteita. Työpaikan yhteistyön tai työn-

jaon haasteet ja muutokset sekä työroolin muuttuminen lisäävät työnohjauksen hyödyllisyyttä. Tavoitteena työnohjauksella on ohjattavan oman ajattelun ja toiminnan tutkiminen ja tämän kautta oppia jäsentämään ja hallitsemaan työtään aikaisempaa paremmin. Tämän kautta myös työyhteisön kokonaissuoritus paranee. Työhyvinvoinnin yksi tärkeimmistä edistämismuodoista on työnohjaus. (Yli-Pirilä 2015.) Konservatiivisen hoidon puolelta kaivattiin koulutusta hengitykseen liittyvistä ongelmista ja hengityksen tukemiseen kaivattiin lisäkoulutusta kuin myös varmuutta suorittaa hengitystä tukevia hoitotoimenpiteitä. Ravitsemuksesta kaivattiin lisäkoulutusta sekä sen toteuttamiseen, että kartoitukseen liittyen. Koulutusta toivottiin koko henkilökunnalle, sekä hoitajille että lääkäreille. Kuntoutusvaiheessa kaivattiin lisäkoulutusta selkäydinvammautuneen voimien äkillisen huonontumisen varalle. Hoitajat kokivat että, potilaat siirtyvät yhä varhaisemmassa vaiheessa kuntoutusosastolle, jolloin riski erilaisiin äkillisiin tilanteisiin kasvaa. Koulutusta kaivattiinkin potilaan tilan muutoksien havainnoinnista ja reagoinnista tilan vaihteluihin. Potilaan terveydentilan nopea huononeminen aiheuttaa epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteen hoitajassa. Epävarmuus omasta osaamisesta ja tietojen riittämättömyys lisäävät kuormittuvuuden tunnetta. Väsyminen työssä aiheutti työtovereille tiuskimista ja työilmapiirin huonontumista. (Nuikka 2002, 73.)

6.3. Kehittämis ehdotuksen ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä varten tehdyn tutkimuksen pohjalta kehittämistä vaativiksi osa-alueiksi nousivat akuuttihoitotyössä ilmennyt hoitajien henkisen jaksamisen tukeminen sekä mielenkiinto selkäydinvamma potilasryhmää kohtaan. Lisäksi ravitsemustilan arviointi on osalla osastoista heikkoa. Selkäydinvamma potilaiden asentohoitoon kaivattiin myös jonkinlaista tarkistuslistaa. Akuuttihoitotyössä koettiin, että hengityksen tukeminen on osa ammattitaitoa, kun taas kuntoutusyksikössä toivottiin tähän lisäkoulutusta. Lisäksi kuntouttavaa hoitotyötä toteuttavat hoitajat toivoivat käytännön koulutusta sekä ohjeita akuuttitilanteisiin.

Henkisen tuen antaminen ja sairaanhoitajien mielenkiinnon lisääminen selkäydinvamma potilaita kohtaan koettiin suurimmaksi haasteeksi tulosten perusteella. Asiaa oli osastoilla pohdittu useaan otteeseen ja yritetty kehittää keinoja, joilla edellä mainittuja asioita pystyttäisiin muuttamaan, tosin jokseenkin heikoin tuloksin. Näin ollen jatkotutkimusehdo-

tukseksi muodostui laadullinen tutkimus, sairaanhoitajille tehtävä haastattelu, jossa kar-
toitetaan heidän ajatuksiaan ja käsityksiään siitä, miten heidän jaksamistaan ja mielen-
kiintoaan kyseistä potilasryhmää kohtaan voitaisiin lisätä. Näin tarvittavat auttamiskeinot
pystyttäisiin kohdistamaan sairaanhoitajien omien toiveiden mukaisesti.

Ravitsemustilan arviointia kysyttäessä kaksi kolmesta osastosta ilmoitti, ettei heillä tehdä
minkäänlaista seurantakäytänteitä asian osalta, esimerkiksi painon seurannataa tai labo-
ratoriokokeita. Sairaanhoitajat myös tiedostivat sen olevan suuri kompastuskivi sel-
käydinvammapotilaiden konservatiivisessa hoidossa. Tätä opinnäytetyötä tehdessä he-
räsikin ajatus määrällisestä tutkimuksesta, jolla selvitettäisiin ravitsemustilan seuranta
eri osastoilla. Toteutetaanko sitä kuinka aktiivisesti, järjestelmällisesti ja millä keinoin.

Selkäydinvammapotilaiden akuuttivaiheen hoitoyksikössä nousi ilmi jo tämän opinnäy-
tetyöprosessin alussa, että osastolle kaivattaisiin jonkinlaista tarkistuslistaa selkäydin-
vammapotilaiden asentohoitoon liittyen. Sairaanhoitajien haastatteluista kävi myös ilmi,
että käsitys asentohoidon toteuttamisesta vaihtelee melko runsaasti hoitajasta riippuen.
Näin ollen olisikin tärkeää, että tulevaisuudessa asiaan pureuduttaisiin ja luotaisiin esi-
merkiksi toiminnallisen opinnäytetyön pohjalta tarkistuslista sairaanhoitajien toteuttaman
asentohoidon tueksi.

Akuuttivaiheen yksiköihin olisi tämän opinnäytetyön perusteella tärkeää luoda selkäydin-
vammapotilaiden hoidon tueksi erilliset taulut, jotka voitaisiin kiinnittää esimerkiksi vuo-
teen viereen. Siitä sairaanhoitajat, etenkin uudella osastolla juuri työnsä aloittaneet, pys-
tyisivät tarkistamaan hoidon kulun oman työvuoronsa osalta. Tauluun voitaisiin esimer-
kiksi aikatauluttaa ne asiat, jotka olisi tärkeä säännöllisesti toteuttaa, esimerkiksi asento-
hoito. Tällä varmistettaisiin, että hoito on yhdenmukaista hoitajasta riippumatta.

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille toiveen erilaisista koulutuksista. Voimakkaim-
pina nousivat hengityksen tukeminen, ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve sekä akuutti-
tilanteiden hallitseminen osastoilla, joissa se ei ole arkipäivää. Näiden toiveiden pohjalta
olisi suositeltavaa, että osastot joko itsenäisinä yksiköinä tai yhdessä loisivat esimerkiksi
simulaatiopäiviä, joissa asioita voitaisiin käydä läpi. Tärkeää olisi, että näitä toteutetta-
isiin säännöllisesti, jotta taidot pysyisivät yllä.

6.4. Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2016 aihevalinta -seminaarissa, jossa opinnäytetyön aiheeksi valikoitui selkäydinvammapotilaat. Työelämäpalaverissa sekä myöhemmin ohjaavan opettajan kanssa käytyjen keskustelujen kautta aihe tarkentui koskemaan konservatiivista hoitoa ja sen tämänhetkisen tilan kartoittamista laadullisella tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui joulukuussa 2016 ja lupa opinnäytetyön tekemiseen varmistui tammikuussa 2017. Keväällä 2017, ennen haastatteluiden alkamista, opinnäytetyön teoriaosuus oli kirjoitettu valmiiksi, samoin menetelmälliset lähtökohdat. Touko-kesäkuussa 2017 toteutettiin tutkimukseen tarvittavat haastattelut. Aineiston analysointi sekä opinnäytetyön viimeistely suoritettiin loppukesällä ja syksyllä 2017.

Teoriaosuuden sekä tiedon hakeminen jakautui opinnäytetyötä tehneiden opiskelijoiden kesken tasaisesti ja opinnäytetyöprosessi käynnistyi hyvin. Aineistoa on haettu erilaisia sähköisiä tietokantoja sekä kirjallisuutta hyödyntäen. Opinnäytetyön aiheesta johtuen myös kansainvälisiä aineistoja on haettu ja hyödynnetty runsaasti, sillä tietoa aiheesta löytyi enemmän englanninkielellä.

Opinnäytetyön tehneiden opiskelijoiden yhteistyö toimi sujuvasti koko prosessin ajan. Opinnäytetyöhön valikoituneet aiheet sekä opinnäytetyöohjauksissa käytyjä asioita opiskelijat pohtivat yhdessä, jonka pohjalta opinnäytetyön etenemisen kannalta tärkeät päätökset on tehty yhteisymmärryksessä. Kumpikin opiskelijoista työskenteli ahkerasti työn eteen ja järjestivät yhteisiä tapaamisia aina tarvittaessa. Tätä opinnäytetyötä tehdessä on hyödynnetty paljon myös sähköistä viestintää opiskelijoiden välillä. Prosessin haastavimmiksi osa-alueiksi nousivat aineiston analysointi sekä tulosten auki kirjoittaminen. Aineiston ryhmittelyyn on käytetty runsaasti aikaa ja ohjaavaan opettajan kanssa on tehty tiivistä yhteistyötä asian tiimoilta. Edellä mainitut opinnäytetyöprosessin vaiheet on suoritettu erikseen sovittujen tapaamisten aikana.

Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt kumpaakin opiskelijaa ammatillisesti muun muassa uuden tiedon ja syvällisen aiheeseen perehtymisen kautta. Laadullisen tutkimuksen suorittamisesta opiskelijat oppivat paljon ja mielenkiinto muita tutkittavia aiheita kohtaan heräsi. Tätä opinnäytetyötä varten tehty kattava, lähes koko selkäydinvammapotilaan hoitopolun kartoittava tutkimus aina akuuttivaiheen hoidosta kuntoutukseen, loi käsityksen

jokaiseen vaiheeseen liittyvistä erityispiirteistä koskien konservatiivista hoitotyötä. Lisäksi konservatiivinen hoitotyö on melko universaalia ja sitä on mahdollista hyödyntää muillakin potilasryhmillä. Kumpikin opiskelijoista pyrkii suuntautumaan työelämässään akuuttihoitoon. Näin ollen on hyvin todennäköistä, että selkäydinvammautuneet muodostavat potilasryhmän, joita opinnäytetyön tekijät kohtaavat tulevassa ammatissaan.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Hernesniemi, S & Pihlaja, O. 2016. Sydän paikallaan, anatomia ja fysiologia. Sanoma Pro. Helsinki.

ACPRC (Association of Chartered Physiotherapists in Respiratory Care). 2011. Glossopharyngeal Breathing (GPB). Luettu 3.3.2017.
http://www.acprc.org.uk/Data/Publication_Downloads/GL-07-v04.pdf

Akupunktio kroonisessa alaselkävauriossa, 2014. Käypä hoito. Luettu 27.1.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak00083>

Akson ry. n.d. Vamman seuraamukset. Luettu 13.5.2017.
<https://www.aksonry.fi/selkaydinvamman/vamman-seuraamukset.html>

Alaranta, H., Gerhard, B., Hellström, P., Kallanranta, T., Malmivaara, A., Ronkainen, A., Sairanen, S., Salminen, J., Vornanen, M & Dahlberg, A. 2001. Selkäydinvamma. 117(7):772-788. Duodecim.

Alaranta, H., Gerhard, B., Dahlberg, A., Hellström, P., Kallanranta, T., Malmivaara, A., Ronkainen, A., Salminen, J.K. & Vornanen, M. 2006. Tapaturmaisen selkäydinvamman hoito ja kuntoutus. Näytön paikka. 122, 839-841. Duodecim.

American Spinal Injury Association. n.d. International standards for neurological classification of spinal cord injury. Luettu 30.11.2016.
http://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/International_Stds_Diagram_Worksheet.pdf

Arokoski, J. 2016. Kipu haltuun lääkkeitä. Luettu 28.1.2017.
<https://www.reumaliitto.fi/fi/reumaliitto/ajankohtaista/lue-reuma-lehteä/kipu-haltuun-laakkeita>

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T., Viikari-Juntura, E. (toim.) 2015. Fysioterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti.

Barton, V. & Kim, S. 2011. Everyday nutrition for individuals with spinal cord injury. Luettu 3.3.2017.
http://sci.washington.edu/info/forums/reports/nutrition_2011.asp#why

Bäcklund, M. 2016. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Ravitsemustilan merkitys ja arviointi. Kustannus Oy Duodecim. Luettu. 15.3.2017.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/aho/koti?p_artik-keli=aho01799&p_haku=selk%C3%A4ydinvamma,%20ravitus

Bäcklund, M. 2016. Tehohoito-opas. Ravitsemushoidon periaatteet. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 15.3.2017.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/aho/koti?p_artik-keli=aho01799&p_haku=selk%C3%A4ydinvamma,%20ravitus

Castrén, M., Korte, H., & Myllyrinne, K. 2012. Kriisiapu. Ensiapuopas. Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016

Crowe, M., Whitehead, M., Gagan M., Baxter, D. & Panckhurst A. 2010. Self-management and chronic low back pain: qualitative study. Luettu 27.1.2017.

<http://web.a.ebsco-host.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b70c73d1-7b39-4b4f-ae7a-e93a2fb17ad6%40sessionmgr4009&hid=4112>

Duodecim terveyskirjasto. 2016. Konservatiivinen hoito. Luettu 25.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01726

Duodecim terveyskirjasto. 2016. Radikaalinen hoito. Luettu 25.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02840

Eloranta, E., Lundgrén-Laine, H & Ritmala-Castrén, M. 2016. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Enteraalinen ravitsemus. Kustannut Oy Duodecim. Luettu 15.3.2017.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01799&p_haku=solk%C3%A4ydinvamma,%20ravitsemus

Gladwell, P., Badlan K., Cramp F., Palmer, S. 2015. Direct and Indirect Benefits Reported by Users of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Chronic Musculoskeletal Pain: Qualitative Exploration Using Patient Interviews. Luettu 28.1.2017.

<http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=52aab763-80b0-4f1e-bfd9-3950c2640dc8%40sessionmgr104&hid=130>

Harvey, L. 2008. Management of Spinal Cord injuries – A Guide for Physiotherapists. Churchill Livingstone, Elsevier.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. s. 60-62, 64, 68.

Holden, R. & Holden, J. Music: a Better Alternative than Pain? Luettu 19.10.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782778/>

Hotus. 2008. Painehaavat – Paineesta aiheutuvien kudosvaurioiden ehkäisy. Luettu 17.1.2017.

http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2008-2_1.pdf

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Johansson, K., Nygren-Bonnier, M., Klefbeck, B. & Schalling, E. 2011. Effects of glossopharyngeal breathing on voice in cervical spinal cord injuries. Luettu 3.3.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=915bd919-e016-41d1-b79f-0c8f0e82abc3%40sessionmgr4007&hid=4106>

Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen analyysi. Luettu 13.5.2017.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>

- Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen analyysi. Luettu 13.5.2017.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>
- Jokinen, E. 2014. MRI-Myelografia – Selkeydinnestetilän varjoainetutkimus. Luettu 2.3.2017.
<https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=109452181>
- Joutjärvi, M. 2015. Selkäytimen vaurio laittaa elämän uusiksi. Tehy-lehti. Luettu 17.10.2017.
<https://www.tehylehti.fi/fi/terveys/selkaytimen-vaurio-laittaa-elaman-uusiksi>
- Kalso, E., Haanpää, M., Vaino, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kannisto, M., Ylinen, A. 2014. Neurologia – Selkäydinvaurioiden epidemiologiaa. Duodecim oppiportti. Luettu 25.11.2016
<http://www.oppiportti.fi/op/neu00266/do>
- Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteet.
- Kivimäki, R. 2011. Työhyvinvointi on tehtävä. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Työraportti.
- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Työraportti.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Meriläinen, M & Kesti, U. 2017. Työhyvinvoinnin tukeminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim.
- Miranda H. 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Nevin, A-N., Steenson, J., Vivanti, A & Hickman, I-J. 2015. Investigation of measured and predicted resting energy needs in adults after spinal cord injury: a systematic review. 54. 248-253. Spinal Cord. Luettu 24.4.2017.
<https://www.nature.com/sc/journal/v54/n4/full/sc2015193a.htm>
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja
- Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen analyysi. Luettu 13.5.2017.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>
- OPM. 2006 Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö.

Ora-Hyytiäinen, E. 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi- Ammattikorkeakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. s. 93-94.

Oshima, T & Pichard, C. 2015. Parental nutrition: never say never. Review. Critical Care. Luettu 23.4.2017.

<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc14723>

Pesco, M., Chosa, E. & Tajima, N. 2006. Comparatie Study of Hands-On Therapy with Active Exercises vs Education with Active Exercises for the Management of Upper Back Pain. Luettu 28.2.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=930521fd-f334-4e04-9be4-4ae237f5b5d7%40sessionmgr4010&hid=4106>

Postma, K., Haisma J., Hopman, M., Bergen, M., Stam, H. & Bussmann, J. 2014. Resistive inspiratory muscle training in people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: A Randomized controlled trial. Luettu 2.3.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=81dcf798-0bd4-4970-88f3-fca9fe2e8902%40sessionmgr4009&hid=4106>

Priyadharshini, K. & Shoba, N. 2016. Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. Luettu 19.10.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=ccf45573-ed53-4346-b431-08badea93d4f%40sessionmgr4006>

Pro Fusion Rehab. 2015. Spinal Cord Injury. Luettu 21.10.2017.

<https://profusionrehab.com/service/spinal-cord-injury/>

Puttonen, J. 2015. Sairaanhoitajan eettiset velvollisuudet. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sairaanhoitajan%20ammattitaito

Rantanen, M. 2017. Työhyvinvointia työstä, työyhteisöstä ja elämän tasapainoista: Työhyvinvointiin liitetyt voimavarat ja kuormitustekijät sekä työhyvinvoinnin edistämisen keinot. Pro Gradu. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Reintam Blaser, A., Starkopf, J., Alhazzani, W. jne. 2017. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. Intensive Care Medicine. 43:3. s.380-398. Luettu 24.4.2017.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-016-4665-0>

Riikola, T., Ahoniemi, E. & Malmivaara, A. 2013. Selkäydinvamma. Duodecim. Luettu 13.5.2017

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00028

Rodriguez, G.M. in collaboration with the Model Systems Knowledge Translation Center. 2015. Bowel Function Problems After Spinal Cord Injury. MSKTC.

http://www.msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Bowel_Functioning.pdf

Roine, R. 2011. Aivoliitto: Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Piispanristi: Painola. Luettu 25.11.2016.

http://www.aivoliitto.fi/files/2792/Aivoverenkiertohairiot_ja_spastisuus_web.pdf

Rose, L., Adhikari, N., Poon, J., Leasa, D., McKim, D. 2016. Cough augmentation techniques in the critically ill: A Canadian national survey

<http://web.b.ebsco-host.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=e53ae79d-bca5-4197-8912-9211f287a207%40sessionmgr103&hid=123>

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. Haastattelu. Luettu 14.5.2017.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3.html

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. Litterointi. Luettu 14.5.2017.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Saaranen-Kauppinen, A. Puusniekka, A. 2006. Teemahaastattelu. Luettu 14.5.2017.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtoja, H. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. 130:2239-44. Duodecim.

Salomaa, E-R. 2016. Hengenahdistus. Luettu 2.3.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00020

Sand, O., Øystein, V.S., Haug, E., Bjålie, J.G & Toverud, K.C. 2013. Ihminen, Fysiologia ja anatomia. Sanoma Pro. Helsinki.

Sandell, S. & Liippola, P. (toim.) 2011. Aivoverenkierto ja spastisuus. Aivoliitto. Luettu 17.1.2017.

http://www.aivoliitto.fi/files/2792/Aivoverenkiertohairiot_ja_spastisuus_web.pdf

Selkäliitto ry. n.d. Selän lepoasennot. Luettu 2.3.2017.

<http://selkakanava.fi/selan-lepoasennot>

Selkäydinvamma. 2012. Käypä hoito. Luettu 29.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi36098>

Sisto, S.A., Druin, E., Sliwinski M.M. 2009. Spinal cord injuries – Management and Rehabilitation. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

TENS kroonisessa alaselkäkivussa. Käypä hoito. 2014. Luettu 27.1.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=9C8F306DDD3E12FAFCE6F35076664C1A?id=nak08252>

THL. 2011. AIS, Kansainvälinen selkäydinvaurion neurologinen tasoluokitus. Luettu 30.11.2016.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/97/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsittely Suomessa. Luettu 14.9.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työterveyslaitos. n.d. Stressi ja työuupumus. Luettu. 17.10.2017

<https://www.ttl.fi/tyontekija/tyostressi-ja-uupumus/>

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.

Vaajoki, A. 2012. Postoperative Pain in Adult Gastroenterological Patients – Music Intervention in Pain Alleviation. Dissertation in Health Sciences. University of Eastern Finland. Luettu 19.10.2017.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0956-5/urn_isbn_978-952-61-0956-5.pdf

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2013. Hengitysopas – Itsehoito fysioterapian keinoin.

Virsta. n.d. Ryhmähaastattelu. Luettu 3.3.2017.

<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>

Virtsatieinfektiot. 2015. Käypä hoito. Luettu 27.9.2017

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi10050#s19>

Yli-Pirilä, P. 2015. Hoitotyön työnohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.

LIITTEET

Liite 1. ASIA Impairment Scale, AIS. (Kansainvälinen selkäydinvaurion neurologinen tasoluokitus)

Patient Name _____ Date/Time of Exam _____

Examiner Name _____ Signature _____

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI)

ISCS INTERNATIONAL STANDARDS FOR SCORING

RIGHT

MOTOR

KEY MUSCLES

Upper Extremity Right

Elbow flexors C5

Wrist extensors C6

Elbow extensors C7

Finger flexors C8

Finger abductors (pinky finger) T1

C2

C3

C4

T2

T3

T4

T5

T6

T7

T8

T9

T10

T11

T12

L1

Comments (Non-key Muscles? Reason for NIT? Pain?)

LEFT

MOTOR

KEY MUSCLES

Upper Extremity Left

Elbow flexors C5

Wrist extensors C6

Elbow extensors C7

Finger flexors C8

Finger abductors (pinky finger) T1

C2

C3

C4

T2

T3

T4

T5

T6

T7

T8

T9

T10

T11

T12

L1

(Scoring on Reverse Side)

• Key Sensory Points

RIGHT TOTALS

(MAXIMUM) (50)

LER (Lower Extremity Right)

Knee extensors L2

Ankle dorsiflexors L3

Long toe extensors L4

Ankle plantar flexors L5

S1

S2

S3

S4-5

(MAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) ☐

LEFT TOTALS

(MAXIMUM) (50)

LEL (Lower Extremity Left)

Knee extensors L2

Ankle dorsiflexors L3

Long toe extensors L4

Ankle plantar flexors L5

S1

S2

S3

S4-5

(MAP) Deep Anal Pressure (Yes/No) ☐

MOTOR SUBSCORES

UER ☐ + UEL ☐ = UEMS TOTAL (50)

LER ☐ + LEL ☐ = LEMS TOTAL (50)

MAX (25) (25)

SENSORY SUBSCORES

LTR ☐ + LTL ☐ = LT TOTAL (50)

PPR ☐ + PPL ☐ = PP TOTAL (112)

MAX (50) (50)

NEUROLOGICAL LEVELS

1. SENSORY LEVEL OF INJURY (S4-5)

2. MOTOR LEVEL OF INJURY (L1)

3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)

4. COMPLETE OR INCOMPLETE? (In complete injury only)

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION

S4-5

S3

S2

S1

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

REV 11/75

Muscle Function Grading

- 0 = total paralysis
- 1 = palpable or visible contraction
- 2 = active movement, full range of motion (ROM) with gravity eliminated
- 3 = active movement, full ROM against gravity
- 4 = active movement, full ROM against gravity and moderate resistance in a muscle specific position
- 5 = (normal) active movement, full ROM against gravity and full resistance in a functional muscle position expected from an otherwise unimpaired person
- 5* = (normal) active movement, full ROM against gravity and sufficient resistance to be considered normal if identified risk factors (i.e. pain, disuse) were not present
- NT = not testable (i.e. due to immobilization, severe pain such that the patient cannot be graded, amputation of limb, or contracture of > 50% of the normal ROM)

Sensory Grading

- 0 = Absent
- 1 = Altered, either decreased/impaired sensation or hypersensitivity
- 2 = Normal
- NT = Not testable

When to Test Non-Key Muscles:

In a patient with an apparent AIS B classification, non-key muscle functions more than 3 levels below the motor level on each side should be tested to most accurately classify the injury (differentiate between AIS B and C).

Movement	Root level
Shoulder: Flexion, extension, abduction, adduction, internal and external rotation	C5
Elbow: Supination	
Elbow: Pronation	
Wrist: Flexion	C6
Finger: Flexion at proximal joint, extension, Thumb: Flexion, extension and abduction in plane of thumb	C7
Finger: Flexion at MCP joint	
Thumb: Opposition, adduction and abduction perpendicular to palm	C8
Finger: Abduction of the index finger	T1
Hip: Adduction	L2
Hip: External rotation	L3
Hip: Extension, adduction, internal rotation	L4
Knee: Flexion	
Ankle: Inversion and eversion	
Toe: MP and P extension	
Hallux and Toe: DP and PP flexion and abduction	L5
Hallux: Adduction	S1

ASIA Impairment Scale (AIS)

- A = Complete.** No sensory or motor function is preserved in the sacral segments S4-S5.
- B = Sensory Incomplete.** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5 (light touch or pin prick at S4-S5 or deep anal pressure) AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.
- C = Motor Incomplete.** Motor function is preserved at the most caudal sacral segments for voluntary anal contraction (VAC) OR the patient meets the criteria for sensory incomplete status (sensory function preserved at the most caudal sacral segments (S4-S5) by IT, PP or DAP), and has some sparing of motor function more than three levels below the ipsilateral motor level on either side of the body.
(This includes key or non-key muscle functions to determine motor incomplete status.) For AIS C – less than half of key muscle functions below the single NL have a muscle grade ≥ 3 .
- D = Motor Incomplete.** Motor incomplete status as defined above, with at least half (half or more) of key muscle functions below the single NL having a muscle grade ≥ 3 .
- E = Normal.** If sensation and motor function as tested with the ISNCSCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an initial SCI does not receive an AIS grade.
- Using ND:** To document the sensory, motor and NL levels, the ASIA Impairment Scale grade, and/or the zone of partial preservation (ZPP) when they are unable to be determined based on the examination results.

Steps in Classification

The following order is recommended for determining the classification of individuals with SCI.

- Determine sensory levels for right and left sides.**
The sensory level is the most caudal intact dermatome for both pin prick and light touch sensation.
- Determine motor levels for right and left sides.**
Defined by the lowest key muscle function that has a grade of at least 3 (on supine testing), providing the key muscle functions represented by segments above that level are judged to be intact (graded as a 5).
Note: In regions where there is no myotome to test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level, if testable motor function above that level is also normal.
- Determine the neurological level of injury (NL)**
The ratio to the most caudal segment of the cord with intact sensation and integrity (3 or more) muscle function strength, provided that there is normal (intact) sensory and motor function caudally respectively.
The NL is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.

- Determine whether the injury is Complete or Incomplete.**
(i.e. absence or presence of sacral sparing)
If voluntary anal contraction = No AND all S4-S5 sensory scores = 0 AND deep anal pressure = No, then injury is Complete.
Otherwise, injury is Incomplete.

- Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade:**

Is injury **Complete**? If YES, AIS=A and can record

NO ZPP (lowest dermatome or myotome on each side with some preservation)

Is injury **Motor Complete**? If YES, AIS=B

NO (No=voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the motor level on a given side, if the patient has sensory incomplete classification)

Are at least half (half or more) of the key muscles below the neurological level of injury graded 3 or better?

NO AIS=C YES AIS=D

INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY



If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E
Note: AIS E is used in follow-up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. If at initial testing no deficits are found, the individual is neurologically intact; the ASIA Impairment Scale does not apply.

Liite 2. Haastateltavien tietoinen suostumus -lomake

SUOSTUMUS

Sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaan konservatiivisesta hoidosta

Olen saanut sekä kirjallisena että suullisena tietoa opinnäytetystä, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaan konservatiivisen hoidon osaamisesta, konservatiivisen hoidon haasteista ja mahdollisista koulutustarpeista sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Nimen selvennys

Liite 3. Haastattelun runko

Selvitys sairaanhoitajien konservatiivisen hoidon osaamisesta ja koulutustarpeesta liittyen selkäydinvammapotilaan hoitoprosessiin.

Teemahaastattelun runko:

Haastateltavien tausta ja työkokemus vuosina

- 1) Miltä osin sairaanhoitajat arvioisivat selkäydinvammapotilaiden konservatiivisen hoidon onnistuvan parhaiten?
- 2) Mitkä osa-alueet sairaanhoitajat kokevat haastaviksi selkäydinvammapotilaan hoitotyössä?
- 3) Miten sairaanhoitajat arvioivat tämän hetkisen osaamisensa koskien selkäydinvammapotilaan konservatiivista hoitoa?
- 4) Miten selkäydinvammapotilaiden konservatiivinen hoito toteutuu kyseisellä osastolla sairaanhoitajien kokemana?
- 5) Mitkä osa-alueet selkäydinvammapotilaan konservatiivisessa hoidossa vaatisivat sairaanhoitajien mielestä lisäkoulutusta?

TIEDOTE**Hyvä sairaanhoitaja!**

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia selkäydinvammapotilaan hyvästä konservatiivisesta hoidosta, konservatiiviseen hoitoon liittyvistä haasteista sekä koulutustarpeista.

Osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteluna, joka on tarkoitus toteuttaa 3-5 hengen ryhmässä. Osallistujat valitaan työelämä yhteistyön puolesta, jotta kerättävästä aineistosta tulisi mahdollisimman kattava. Haastattelu toteutetaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, osaston tiloissa. Haastattelun kesto on noin yksi (1) tunti ja se nauhoitetaan. Haastattelua varten saatte erillisen haastattelurungon, josta käy ilmi haastattelun teemat.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuna tiedostona, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyöraportissa ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus –tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Saana Salminen
Johanna Sirén

Saana Salminen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
saana.salminen@health.tamk.fi

Johanna Sirén
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
johanna.siren@health.tamk.fi

Liite 5. Aineiston ryhmittely

Haasteet		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Potilaan henkinen tukeminen on haastavaa.	Henkisen tukemisen haastavuus ja raskaus	Henkinen kuormittavuus hoitotyössä.
Henkisesti raskaita potilaita		
Henkinen tukeminen ja tulevaisuuden ymmärrys.		
Parantumisen tukeminen on vaikeaa	Positiivisen tulevaisuuden kuvan luomisen haastavuus	
Potilaan persoonallisuus ja historia vaativuutta	Potilaan persoonallisuuden ja vammautumisen tuomat haasteet.	Potilaasta johtuvat haasteet hoidon toteutumiselle
Potilaan tuntema avuttomuus, menetetty toimintakyky		
Potilaan tuntema avuttomuus		
Potilasryhmän raskaus tuo haasteita		

jotka vaikuttavat hoitamiseen		
Potilaan koko ja paino vaikuttaa asento- hoidon haastavuuteen	Potilaan ruumiinrakenteen ja vammataso luovat haasteita	
Potilaan vammautumistaso vaikuttaa asentohoitoon		
Hoitotoimenpiteet ovat fyysisesti raskaita ja niitä tehdään paljon.	Hoitotoimenpiteitä on paljon	Hoidon fyysisen kuormittavuuden tuomat haasteet
Potilaan puolesta pitää tehdä kaikki, oma kunto ei vaikuta jakamiseen		
Hoitaja kuormittuu fyysisesti huonoissa asennoissa työskentelystä	Ergonomisesti kuormittavaa työtä	
Työpäivän aikana tulee paljon fyysistä rasitusta		
Henkilökunnan liian vähäinen määrä näkyy hoidon toteutumisessa	Liian pieni miehitys osastolla haittaa kokonaisvaltaistahoitoa	Kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisen esteet

Liian vähäinen henkilökunnan määrä haittaa kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista		
Hoitotoimenpiteitä joudutaan karsimaan liian pienen miehityksen vuoksi		
Mielenkiinto potilasryhmää kohtaan puuttuu	Mielenkiinnon ja kokemattomuuden vaikutukset	
Kokemattomuus vaikuttaa kokonaishoidon toteutumiseen		
Annettuja ohjeita kierretään omien tunteusten mukaan, ei osata toteuttaa annettua tietoa.	Ohjeiden omaksumisen ja noudattamisen haasteet	Hoitajasta johtuvat haasteet
Hoidon vaikutuksien miettiminen tulevaisuutta ajatellen on vähäistä		
Asentohoito koetaan haastavaksi koska ei ole riittävää tietoutta mikä on riittävää asentohoitoa	Tiedon puute	

Ymmärrys p.o annet- tavan ravitsemuksen suhteen on vähäinen		
Ravitsemusta ei kar- toiteta asteikoilla eikä punnitsemisella	Ravitsemusta ei kar- toiteta	
Ahdistuneisuus ja avun tarve koetaan vaativana toimintana	Itsensä ilmaisun on- gelma	Hoitajan ja potilaan välisen kommunikoinnin haasteet
Naksuttelu kommu- nikointi keinona koe- taan ärsyttäväksi		
Ymmärtämisen vai- keus hoitajan ja poti- laan välillä	Ymmärtämisen on- gelma	
Potilasryhmä, jotka ovat täysin perillä kaikesta tapahtu- vasta, itsenä ilmaisu tuottaa ongelmia.		

Hyvä konservatiivinen hoito		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Konservatiivinen hoito käsittää useita osa-alueita.	Kokonaisvaltainen ja monipuolinen hoitotyön toteuttaminen.	Kokonaisvaltainen hoitotyö.
Hoidon eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa.		
Konservatiivinen hoito kokonaisuutena.		
Hoitajien toiminta pitkäjänteistä ja hoito toteutuu hyvin kaikilla osa-alueilla.		
Eritystoimintaan liittyvät hoitotoimet.	Eritystoiminnasta huolehtiminen.	
Eritystoiminnan tärkeyden huomiointi.		
Säännöllinen vatsantoimitus.		
Hyvä konservatiivisen hoidon taso.	Ammattitaitoinen henkilöstö.	
Tieto-taitoa on hoitajilla tarpeeksi		
Käytetään tutkittua tietoa hoitotyön pohjana ja hoitopäätöksiä tehdessä		
Sairaanhoitajien laaja osaamisrepertuaari.		
Säännöllinen kivunhoito ja -arviointi.		
Perushoidon hyvä taso		
Hengityksen hoito sujuu ammattitaitoisesti	Hengityksen hoito osa ammattitaitoa.	
Hengityksen tukeminen hallitaan.		

<p>Tiimiytyminen ja yhteiset päämäärät tärkeitä.</p> <p>Hoidon perustana moniammatillisuus.</p> <p>Psykiatristen ammattilaisten hyödyntäminen.</p> <p>Lääkärin antama tuki.</p> <p>Hoidon tulosten arviointi osana moniammatillista yhteistyötä.</p>	<p>Muilta ammattilaisilta saatu tuki.</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö.</p>
<p>Ravitsemusterapeutin ohjeistus tärkeässä roolissa ravitsemukseen liittyen.</p> <p>Puheterapeutin arvio nie-lun tilanteesta merkittävä osa ravitsemushoitoa.</p>	<p>Moniammatillisuus ja ravitsemus.</p>	
<p>Fysioterapeuttien ohjeistuksen hengityspuolen hoidossa on osa uusien työntekijöiden perehdytystä.</p> <p>Fysioterapeutin antamat pidemmän aikajakson ohjeet.</p>	<p>Fysioterapeutin ohjeistukset.</p>	
<p>Mielenkiinto ja tietämys edistävät hyvää hoitoa</p> <p>Ahdistuneisuuteen puuttuminen on osa hyvää hoitoa</p> <p>Omahoitajuus tukee hyvän hoidon toteutumista</p>	<p>Hoitajien tasalaatuinen hoidon toteutus</p>	<p>Toimiva työyhteisö</p>
<p>Keskusteluyhteys hoitajien välillä onnistuu</p> <p>Potilaan kuntoutuminen hoitajien yhteistyöllä</p> <p>Kokenut hoitaja perehdyttää uuden työntekijän</p>	<p>Hyvä yhteistyö hoitajien kesken</p>	

Hoidon osaaminen on hoitajakohtaista, johon vaikuttaa myös kokemustausta	Hoitajan kokemus varmistaa hyvän hoidon
Hoitajan kokemus ja ymmärrys	
Potilaan tarpeen huomiointi	

Koulutustarve		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kokonaisvaltaisesti raskas potilasryhmä.	Sairaanhoidajien jaksamisen tukeminen.	Hoitajien työssäjaksamiseen liittyvä koulutustarve.
Sairaanhoidajien hoitotyössä jaksaminen.		
Sairaanhoidajien psyykkisen tuen tarve.		
Raskaan potilasryhmän aiheuttama kiinnostuksen puute.	Tiedon ja mielenkiinnon lisääminen.	
Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen jaksamisen tukemisessa.		
Sairaanhoidajille lisätietoa vammautumisen syistä.		
Tiedon lisääminen akuuttivaiheen p.o. ravitsemuksesta.	Akuuttivaiheen p.o. ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve.	Käytännöntaitoihin liittyvä koulutustarve.
Virheelliset käsitykset akuuttivaiheen p.o. ravitsemuksesta.		
Kaikkien potilasryhmien ravitsemukseen kiinnitettävä enemmän huomiota.		
Hengitykseen liittyvä lisäkoulutuksen tarve.	Hengityksen tukeminen.	
Hoitajat kokevat hengitysongelmat haastavana.		
Varmuus hengityksen tukemisessa.		
Hengityksen tukeminen erilaisin keinoin.		

Koko hoitoketjun kattava osaaminen hengitysoireissa.		
Puutteellinen tietotaito akuuttitilanteista.	Akuuttihoitoon liittyvä osaaminen.	
Sepsis potilaan tunnistaminen ja hoito		
Tiedon puute ja sen tuomat haasteet.		
Asentohoidon toteutuksessa ilmenevä vaihtelevuus.	Monipuolisen asentohoidon ymmärtäminen ja toteuttaminen.	
Tieto asentohoidon toteutuksesta		